



**Universitat de Lleida**  
Facultat d'Infermeria  
i Fisioteràpia

# **PROJECTE D'INTERVENCIÓ SANITÀRIA A PACIENTS ILEOSTOMITZATS**

**Treball presentat per:**

Tania Cases Quer

**GRAU EN INFERMERIA**

**Treball tutoritzat per:**

Mercè Folguera

**Curs 2017/2018**

**Treball de Fi de Grau**

**Lleida, 14 de Maig de 2018**

## **AGRAÏMENTS**

*A la referent del programa de Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures (BPSO®) de l'Hospital Universitari Santa Maria i tutora del treball, Mercè Folguera, per al seu suport, orientació, dedicació, col·laboració i ajuda en tot el procés d'elaboració del treball.*

*A les meves amistats i família, per fer-me costat en les ultimes setmanes i per animar-me a acabar aquesta etapa que ha durat 4 anys i que no ha estat fàcil. Gràcies per fer-me sentir orgullosa de tot el que he aconseguit fins ara.*

*A totes aquelles persones que han estat lluitant, lluiten o lluitaran contra el càncer i s'esforcen per viure al màxim.*

## **ÍNDIX DE CONTINGUTS**

<b>ÍNDIX DE FIGURES .....</b>	<b>5</b>
<b>LLISTA D'ABREVIATURES .....</b>	<b>6</b>
<b>1. RESUM I PARAULES CLAU.....</b>	<b>7</b>
<b>2. INTRODUCCIÓ.....</b>	<b>9</b>
<b>3. MARC TEÒRIC.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1. El càncer colorrectal.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2. Epidemiologia del càncer colorrectal.....</b>	<b>11</b>
<b>3.3. Tractament del càncer colorrectal.....</b>	<b>12</b>
<b>3.4. Ostomies i estomes .....</b>	<b>13</b>
<b>3.5. Historia de les ostomies.....</b>	<b>13</b>
<b>3.6. Tipus d' ostomies.....</b>	<b>15</b>
<b>3.7. Ostomies digestives o de descarrega.....</b>	<b>16</b>
<b>3.7.1. Ileostomia .....</b>	<b>16</b>
<b>3.7.2. Colostomia .....</b>	<b>18</b>
<b>3.8. El marcatge de l'estoma.....</b>	<b>21</b>
<b>3.9. Característiques d'un estoma sa .....</b>	<b>23</b>
<b>3.10. Complicacions associades a les ostomies.....</b>	<b>23</b>
<b>4. JUSTIFICACIÓ .....</b>	<b>35</b>
<b>5. OBJECTIUS.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1. Objectiu general .....</b>	<b>38</b>
<b>5.2. Objectius específics .....</b>	<b>38</b>
<b>6. METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
<b>6.1. Metodologia de cerca bibliogràfica .....</b>	<b>40</b>
<b>6.2. Població diana .....</b>	<b>41</b>
<b>6.3. Professionals implicats en la intervenció .....</b>	<b>41</b>
<b>7. INTERVENCIÓ.....</b>	<b>43</b>
<b>7.1. Antecedents i context de la intervenció .....</b>	<b>43</b>
<b>7.2. Instruments de valoració de la intervenció .....</b>	<b>44</b>
<b>7.3. Fases de la intervenció .....</b>	<b>46</b>
<b>7.3.1. Fase pre-intervenció .....</b>	<b>46</b>
<b>7.3.2. Fase intervenció .....</b>	<b>47</b>
<b>7.3.3. Fase post-intervenció .....</b>	<b>48</b>

<b>7.4.</b>	<b>Cronograma de la intervenció .....</b>	<b>48</b>
<b>7.5.</b>	<b>Desenvolupament de les sessions.....</b>	<b>49</b>
<b>7.6.</b>	<b>Viabilitat de la intervenció .....</b>	<b>54</b>
<b>7.6.1.</b>	<b>Recursos necessaris .....</b>	<b>54</b>
<b>7.6.2.</b>	<b>Tècniques utilitzades .....</b>	<b>55</b>
<b>8.</b>	<b>CONSIDERACIONS ÈTIQUES.....</b>	<b>56</b>
<b>9.</b>	<b>AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ .....</b>	<b>58</b>
<b>10.</b>	<b>DISCUSSIÓ DE LA INTERVENCIÓ .....</b>	<b>60</b>
<b>11.</b>	<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>62</b>
<b>12.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>63</b>
<b>13.</b>	<b>ANNEXOS.....</b>	<b>71</b>
<b>13.1.</b>	<b>ANNEX I: CRONOGRAMA DE LA REALITZACIÓ DEL TREBALL..</b>	<b>71</b>
<b>13.2.</b>	<b>ANNEX II: CRONOGRAMA DEL PROJECTE D'INTERVENCIÓ .....</b>	<b>72</b>
<b>13.3.</b>	<b>ANNEX III: CRONOGRAMA DEL PROGRAMA D'INTERVENCIÓ PER ALS PACIENTS .....</b>	<b>73</b>
<b>13.4.</b>	<b>ANNEX IV: CARTA INFORMATIVA DEL PROGRAMA .....</b>	<b>74</b>
<b>13.5.</b>	<b>ANNEX V: CONSENTIMENT INFORMAT.....</b>	<b>75</b>
<b>13.6.</b>	<b>ANNEX VI: QÜESTIONARI D'AVAUACIÓ DE CONEIXEMENTS PRE-INTERVENCIÓ .....</b>	<b>76</b>
<b>13.7.</b>	<b>ANNEX VII: QÜESTIONARI D'AVAUACIÓ DE CONEIXEMENTS POST-INTERVENCIÓ.....</b>	<b>78</b>
<b>13.8.</b>	<b>ANNEX VIII: QÜESTIONARI D'AVAUACIÓ QUALITAT DE MONTREAUX .....</b>	<b>80</b>
<b>13.9.</b>	<b>ANNEX IX: QÜESTIONARI DE SATISFACCIÓ PER ALS PARTICIPANTS DEL PROGRAMA .....</b>	<b>82</b>
<b>13.10.</b>	<b>ANNEX X: QÜESTIONARI D'AVAUACIÓ DEL PROGRAMA PER ALS PROFESSIONALS QUE L'HAN IMPARTIT .....</b>	<b>83</b>
<b>13.11.</b>	<b>ANNEX XI: TRÍPTIC INFORMATIU ILEOSTOMIA .....</b>	<b>84</b>
<b>13.12.</b>	<b>ANNEX XII: CURA I HIENE DE L'ESTOMA I MANEIG DE DISPOSITIUS RECOL·LECTORS .....</b>	<b>85</b>
<b>13.13.</b>	<b>ANNEX XIII: TIPUS DE DISPOSITIUS RECOL·LECTORS PER ILEOSTOMIES .....</b>	<b>86</b>
<b>13.14.</b>	<b>ANNEX XIV: CONSELLS NUTRICIONALS PER PACIENTS ILEOSTOMITZATS .....</b>	<b>88</b>
<b>13.15.</b>	<b>ANNEX XV: COMPLICACIONS ASSOCIADES A LES OSTOMIES.</b>	<b>90</b>

## ÍNDIX DE FIGURES

<b>Figura 1:</b> Triangle imaginari per al marcatge de l'estoma.....	22
<b>Figura 2:</b> Posicions que a d'adoptar el pacient per verificar la idoneïtat de la localització de l'estoma. ....	22
<b>Figura 3:</b> Edema.....	27
<b>Figura 4:</b> Infecció estoma.....	27
<b>Figura 5:</b> Dehiscència.....	27
<b>Figura 6:</b> Hemorràgia paret lateral estoma.....	27
<b>Figura 7:</b> Isquèmia o necrosis estoma.....	27
<b>Figura 8:</b> Retracció de l'estoma.....	27
<b>Figura 9:</b> Obstrucció intestinal sense ostomia.....	27
<b>Figura 10:</b> Dermatitis pell perieostomal.....	27
<b>Figura 11:</b> Estenosis.....	29
<b>Figura 12:</b> Prolapse.....	29
<b>Figura 13:</b> Hernia.....	29
<b>Figura 14:</b> Dermatitis química per una ileostomia plana.....	32
<b>Figura 15:</b> Dermatitis mecànica.....	32
<b>Figura 16:</b> Dermatitis Micòtica de la pell perieostomal.....	32
<b>Figura 17:</b> Dermatitis per contacte.....	32
<b>Figura 18:</b> Ulceració perieostomal.....	32
<b>Figura 19:</b> Granulomes.....	32

## ÍNDIX DE TAULES

<b>Taula 1:</b> Nutrients i lloc d'absorció a nivell intestinal.....	11
<b>Taula 2:</b> Quadre resum d'imatges de complicacions immediates de les ostomies.....	27
<b>Taula 3:</b> Quadre resum de complicacions a llarg termini de les ostomies. ....	29
<b>Taula 4:</b> Quadre resum d'imatges de complicacions de la pell perieostomal de les ostomies. ....	32
<b>Taula 5:</b> Professionals implicats en la intervenció. ....	42
<b>Taula 6:</b> Resum sessió 1: "M'han diagnosticat un càncer colorrectal i em practican una ostomia".....	50
<b>Taula 7:</b> Resum sessió 2: "Viure amb una Ostomia, Cuidatges i dispositius terapèutics".....	51
<b>Taula 8:</b> Resum sessió 3: "La importància de la nutrició i consells nutricionals".....	52
<b>Taula 9:</b> Resum sessió 4: "Les complicacions més freqüents en ileostomies: Primer les tens que conèixer.....	53
<b>Taula 10:</b> Recursos materials necessaris i cost orientatiu.....	54
<b>Taula 11:</b> Cronograma elaboració del treball.....	71

## **LLISTA D'ABREVIATURES**

**AECC:** Associació Espanyola Contra el Càncer

**ACO:** Associació Catalana d'Ostomitzats

**GBP:** Guies de Bones Pràctiques

**BPSO:** Best Practice Spotlight Organization

**CCEC:** Centres Compromesos amb Excel·lència en cures

**CEIC:** Comitè d'Ètica d' Investigació Clínica

**CI:** Consentiment Informat

**CO<sub>2</sub>:** Diòxid de carboni

**FIF-UdL:** Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida

**HUSM:** Hospital Universitari de Santa Maria (Lleida)

**HUAV:** Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida)

**ICS:** Institut Català de la Salut

**RNAO:** Registered Nurses' Association of Ontario

**SEOM:** Sociedad Española de Oncología Médica

**TFG:** Treball Final de Grau

**Na:** Sodi

**NCI:** National Cancer Institute

## 1. RESUM I PARAULES CLAU

**Introducció:** El càncer colorrectal (CCR) és la indicació més comú per a realitzar una ostomia. Els pacients ostomitzats necessiten un tractament individual, expert abans i després de l'intervenció quirúrgica. L'educació i assessorament que aquests reben en la fase preoperatòria contribuirà a reduir el retard de l'alta hospitalària. En aquest treball, ens centrem en les persones que se'ls ha de practicar una ileostomia, ja que la seva adaptació sol ser més complexa, a conseqüència de la continuïtat i composició dels efluent que s'eliminen per l'estoma i les complicacions que es poden produir, en relació amb la nutrició i una mala utilització dels dispositius terapèutics.

**Objectiu:** Conèixer l'efectivitat d'un programa d'educació sanitària dirigit a pacients portadors d'ileostomia per tal de millorar la capacitat d'autocuidatge, alimentació i reduir les complicacions en el postoperatori.

**Metodologia:** El projecte d'educació per a pacients ileostomitzats, es basa en un estudi de caràcter quasi-experimental pre-test/post-test sense presència de grup control, que és centra en observar i valorar la situació abans de la participació a la intervenció educativa i un cop l'intervenció ha finalitzat. La intervenció es durà a terme amb la col·laboració de l'HUAV i HUSM. S'han elegit aquests hospitals, ja que, actualment són els hospitals de referència que formen part del programa BPSO®, i treballen conjuntament basant-se amb els resultats de la millor evidència científica disponible recollida en GBP que tenen implantades. L'obtenció de les dades es realitzarà a través de mètodes quantitatius i qüestionaris autoadministrats.

**Limitacions de l'estudi:** que no es reuneixi mostra suficient per fer les sessions de forma grupal i pèrdua de participants.

**Conclusió:** Amb la intervenció plantejada, s'emfatitza la importància de l'educació sanitària com a eina fonamental perquè les persones ostomitzades adquireixin coneixements i els apliquin al seu dia a dia i així puguin evitar complicacions i s'adaptin ràpidament a una nova vida.

**Paraules clau:** Càncer Colorrectal, Educació, complicacions, nutrició, ileostomia, cures i higiene.

**Background:** Colorectal cancer (CRC) is the most common indication for an ostomy. Ostomized patients need an individual, expert treatment before and after surgery. The education and counselling they receive during the pre-operative phase will help to reduce hospital discharge delay. In this project, we focus on people who have to practice an ileostomy, since their adaptation is usually more complex, as a result of the continuity and composition of the effluents that are eliminated by the stoma and the complications that can occur, in relation to nutrition and poor use of therapeutic devices.

**Aims:** Understand the effectiveness of a health education program aimed at patients with ileostomy to improve the ability to self-care, feeding and reduce postoperative complications.

**Methods:** The education project for ileostomized patients is based on a quasi-experimental pre-test/post-test without the presence of a control group, which focuses on observing and evaluating the situation before participating in the educational intervention and once the intervention has finished. The intervention will be carried out with the collaboration of HUAV and HUSM. These hospitals have been selected, since they are currently the reference hospitals that are part of the BPSO program, and work together on the basis of the best scientific evidence available in GBP that they have implemented. The obtaining of the data will be carried out through quantitative methods and self-administered questionnaires.

**Limitations of the study:** Do not gather enough sample to make the sessions in group form and loss of participants.

**Conclusions:** With the intervention raised, the importance of health education is emphasized as a fundamental tool for ostomized patients to acquire knowledge and apply them to their day-to-day so that they can avoid complications and adapt quickly to a new life.

**Keywords:** Colorectal Neoplasms, Education, Complications, Nutritional Status, Ileostomy, therapeutics and hygiene.



## 2. INTRODUCCIÓ

El càncer colorrectal (CCR) és la indicació més comú per a realitzar una ostomia. Els pacients ostomitats com a resultat d'un càncer, no només han de fer front al seu diagnòstic, sinó que també s'han d'acostumar a viure amb un estoma digestiu per sempre (1).

Els pacients ostomitats necessiten un tractament individual, expert abans i després de l'intervenció quirúrgica. El paper de les infermeres especialitzades, en estomes digestius, és també clau en l'aprenentatge de com gestionar l'ostomia. L'educació i assessorament que aquests reben en la fase preoperatòria contribuirà a reduir el retard de l'alta hospitalària (2–4).

L'adaptació de les persones ostomitades a l'estoma depèn de diversos factors com: l'edat, el tipus de ostomia, el diagnòstic de la malaltia, les condicions en les que s'efectua l'intervenció quirúrgica (urgent o programada) i les complicacions de l'estoma, etc.

En aquest treball, ens centrem en les persones que se'ls ha de practicar una ileostomia, ja que la seva adaptació sol ser més complexa, a conseqüència de la continuïtat i composició dels efluentes que s'eliminen per l'estoma i les complicacions que es poden produir, en relació amb la nutrició i una mala utilització dels dispositius terapèutics.

Així doncs, l'objectiu principal d'aquest treball és elaborar una intervenció, basada en l'evidència científica, que tingui per objectiu millorar la capacitat d'autocuidatge, evitar complicacions relacionades amb l'alimentació i reduir les complicacions en el postoperatori.

Pel que fa a la metodologia, es duu a terme una cerca bibliogràfica per l'elaboració del marc teòric. Es determinen els objectius que es pretenen aconseguir amb la intervenció i la metodologia utilitzada. Més endavant, s'elabora la planificació de la intervenció i el programa en si. Finalment, es realitza la discussió i les conclusions personals.

### **3. MARC TEÒRIC**

#### **3.1. El càncer colorrectal**

El càncer colorrectal (CCR) correspon a tots aquells tumors ubicats a l'intestí gruixut. Aquests tumors poden localitzar-se, per tant, des de la vàlvula ileocecal fins al recte (5). La majoria dels tumors es localitzen en el còlon descendent, còlon sigmoide i recte (2,3,5)

La majoria dels CCR es desenvolupen a partir d'un pòlip adenomatos o adenoma. Un pòlip, és una tumoració o protuberància circumscrita visible macroscòpicament que es projecta en la superfície d'una mucosa (6). Tot i que, la majoria dels pòlips no progressen en un càncer, s'estima que menys del 5% ho faran i més del 80-90% dels càncers de còlon i recte, possiblement, han passat per aquesta fase en algun moment del seu desenvolupament (5,7,8).

Les cèl·lules de tumors malignes poden desprendre's i disseminar-se a altres parts del cos, quan accedeixen al torrent sanguini o al sistema limfàtic, formant nous tumors que danyen altres òrgans. Aquestes es disseminen amb més freqüència al fetge (5,8).

No es coneixen les causes exactes del CCR. La investigació ha demostrat que persones amb determinats factors de risc tenen més probabilitat que altres persones de patir CCR (5,7). L'aparició d'un CCR respon a una combinació de factors hereditaris com la història familiar de pòlips i el càncer colorrectal i a factors ambientals com l'edat, les dietes riques en grasses, la ingesta d'alcohol, el tabaquisme i el sedentarisme (9).

Quan un pacient és diagnosticat de CCR, es poden veure afectades algunes de la funcions que es duen a terme tan a l'intestí prim com en el còlon, com ara l'absorció de nutrients i d'aquestes alteracions en poden derivar complicacions que poden afectar la vida del pacient, ja que, els processos de digestió i absorció es realitzen majoritàriament a l'intestí prim i al còlon.

A continuació en la Taula 1, podem trobar un resum de la porció d'intestí on s'absorbeixen majoritàriament cada nutrient.

**Taula 1:** Nutrients i lloc d'absorció a nivell intestinal.

Nutrients	Lloc d'absorció més freqüent
<b>Ferro</b>	Duodè
<b>Vitamines Hidrosolubles</b>	Duodè i jejú
<b>Electròlits</b>	Duodè, jejú i còlon
<b>Lípids</b>	Jejú
<b>Vitamines liposolubles</b>	Jejú
<b>Calci</b>	Jejú i Ili
<b>Hidrats de carboni</b>	Ili
<b>Vitamina B12</b>	Ili
<b>Sals minerals</b>	Ili
<b>Aigua</b>	Còlon

*Taula d'elaboració pròpia.*

*Font:* (Cascales M, Doadrio AL. Fisiología del aparato digestivo. Monogr la Real Acad Nac Farm. 2014;12-27)

### 3.2. Epidemiologia del càncer colorrectal

El CCR representa el tumor més freqüent quan es tenen en compte els dos sexes conjuntament. En el cas dels homes ocupa la tercera posició després del càncer de pròstata i pulmó, mentre que pel que fa a les dones és el segon després del càncer de mama. Cada any es diagnostiquen més de 25.000 nous casos a Espanya (7)(10).

Tot i haver-hi importants avenços en la seva gestió, continua sent la segona causa de mort per càncer. Cada any moren més de 15.000 persones a Espanya per aquest motiu (10). La majoria d'aquests tumors són esporàdics, és a dir, sense que aparentment existeixi cap factor que afavoreixi el seu desenvolupament (7). No obstant, un percentatge significatiu de casos, correspon a una forma hereditària deguda a malalties genètiques, o a una complicació tardana d'una malaltia inflammatòria intestinal de llarga evolució (7)(8).

El CCR a nivell mundial és una de les entitats neoplàsiques més importants i afecta tant a països desenvolupats com a subdesenvolupats. Sobre la epidemiologia d'aquest tipus de càncer cal destacar, que la seva incidència augmenta amb l'edat. El càncer colorrectal és més probable que succeeixi a l'envellir les persones. Segons el National Cancer Institute (NCI) el 90% de les

persones amb càncer colorrectal van ser diagnosticades després dels 50 anys d'edat (7) i l'edat mitjana a l'hora del diagnòstic és de 72 anys (7,11,12).

És el tumor maligne de major incidència a Espanya, segons un informe anual editat per la Societat Espanyola de Oncologia Mèdica (SEOM), exposa que cada any hi ha 41.441 casos nous (13), i que el CCR afectarà a 1 de cada 20 homes i a 1 de cada 30 dones abans de complir els 74 anys. També exposa que a Espanya la supervivència després de patir un càncer colorrectal és d'uns 5 anys, que actualment es situa per sobre de la mitjana dels països europeus, amb un 64% i la mitjana europea és del 57% (13).

### 3.3. Tractament del càncer colorrectal

A continuació, s'exposen els tractaments més comuns per al càncer colorrectal:

✚ **Colonoscòpia**: La colonoscòpia és la tècnica més exacta per a l'estudi de la patologia neoplàsica precoç del còlon, ja que permet l'observació de la mucosa colònica amb imatge d'alta qualitat, així com la presa de mostres per biòpsia i l'extirpació de fins i tot tumors en les parts superiors del còlon. És necessària una neteja completa de tot el còlon abans d'aquesta prova. Els estudis indiquen que la colonoscòpia redueix la mortalitat per CCR prop del 60 a 70% dels casos (14).

✚ **Cirurgia per laparoscòpia o Cirurgia oberta**: és una tècnica especialitzada per realitzar cirurgia intestinal. En la cirurgia tradicional "oberta", el cirurgià duu a terme una sola incisió per entrar a l'abdomen. En canvi, en la cirurgia per laparoscòpia utilitza diverses incisions de 0.5 a 1 cm. Cada incisió es denomina "port". A cada port s'insereix un instrument tubular conegut com "Trocàr". Al iniciar l'intervenció, l'abdomen s'infla amb el gas de CO<sub>2</sub> per proporcionar al cirurgià un espai de treball i visibilitat. El laparoscopi transmet imatges de la cavitat abdominal als monitors de vídeo d'alta resolució. El sistema permet que el cirurgià realitzi les mateixes operacions que la cirurgia tradicional però amb incisions més petites (15). Tant en la cirurgia oberta com en la laparoscòpia, quan s'extirpa una part del còlon o recte, el cirurgià pot

tornar a connectar les parts sanes. No obstant això, algunes vegades no és possible tornar a connectar les parts. En aquest cas, el cirurgià crea un estoma perquè la matèria fecal surti del seu cos (5,7,8,10).

### **3.4. Ostomies i estomes**

Quan parlem del terme ostomia, ens referim al terme procedent del grec "estoma", que significa «boca», tot i que també s'accepta la traducció «Orifici» (16). Una ostomia digestiva és la "comunicació artificial d'una víscera buida o d'un conducte a través de la paret abdominal".

Funcionalment, és el resultat d'una intervenció quirúrgica en la qual es forma una comunicació artificial entre dos òrgans o entre una víscera i la paret abdominal. Aquesta derivació quirúrgica pot tenir un caràcter temporal o definitiu. La seva finalitat pot ser una de les següents: eliminació (de femta o orina), nutrició (administració d'aliments i líquids) o oxigenació (Conservació de la funció respiratòria) (7,17,18).

Les ostomies d'eliminació més freqüents són la colostomia i la ileostomia. Les causes per les quals a una persona se li practica una ileostomia o colostomia, són múltiples: càncer, obstruccions intestinals, perforació intestinal, traumatismes, problemes anals severs, malformacions, dehiscència d'una anastomosi, necrosi del intestí prim i/o gruixut, patologies cròniques intestinals, etc. Però és sens dubte, el CCR la principal causa per a la realització d'un estoma (17,18).

### **3.5. Historia de les ostomies**

La realització d'una ostomia és una de les operacions més antigues realitzades en el tub digestiu (19). Praxàgoras de Kos (350 a. C.), un destacat metge grec, és la primera referència que trobem a l'història que afirma que s'efectuaven estomes en cas de traumatisme intestinal. Aquest practicava fístules enterocutànies mitjançant una punció percutània; que realitzava mitjançant un ferro candent, amb la finalitat de formar una fístula intestinal, especialment en l'ili. Amb el pas del temps es va poder comprovar que la supervivència després

d'aquestes intervencions era possible, i en especial amb les del còlon, que no donaven trastorns metabòlics greus.

No és fins al segle XVIII quan Alexis Littré, l'any 1710, va suggerir, dur a terme una colostomia per al carcinoma obstructiu (19). És a dir, que va recomanar la pràctica sistemàtica de la cecostomia inguinal transperitoneal en tots els pacients amb l'anus imperforat.

La primera colostomia inguinal de costat esquerre s'atribueix a Duret l'any 1793, per a tractar un anus imperforat d'un nen que va sobreviure fins als 45 anys d'edat. Entre els conceptes inicials de Duret figurava la importància de posar una sutura a través del mesocòlon per sustentar l'intestí i evitar que es retragués. Aquest concepte segueix sent vigent fins al dia d'avui, especialment quan es tracta d'una ostomia en nansa (19).

L'any 1820, Daniel Pring, un cirurgià de Bath (Anglaterra), va fer la primera colostomia a la fossa ilíaca esquerra a un pacient amb obstrucció intestinal (17,19). En la mateixa època, va ser W. Ernest Miles, qui va descobrir un procediment abdominoperineal amb colostomia definitiva, donant un gran pas en el tractament del càncer de recte. Aquest va desenvolupar els criteris de la resecció abdominoperineal i va descriure com realitzar la colostomia terminal en nansa derivativa, que en l'actualitat, s'ha practicat per milers de cirurgians a tot el món (19).

Hartmann l'any 1923 va efectuar la resecció anterior o sigmoidectomia amb estoma abdominal i va deixar un munyo rectal i colostomia permanent. Actualment, encara s'utilitza la tècnica de Hartmann, com a intervenció quirúrgica i es practica en pacients amb càncer de recte on es procedeix a l'extirpació del còlon descendent i a la porció superior del recte i s'aboca el còlon a la paret de l'abdomen per formar un anus artificial (19,20).

Nils Kock, professor de cirurgia a la universitat de Göteborg, a Suècia, va descriure el 1969 la ileostomia continent, la tècnica consistia en deixar un reservori elaborat amb l'ili, el qual s'havia de buidar el pacient diverses vegades al dia mitjançant la introducció d'una cànula (17,19).

Des de llavors el tractament del càncer de recte i altres patologies, en les que en un principi el tractament d'elecció era la ostomia, ha millorat i actualment pot evitar-se o aplaçar-se en molts casos amb la quimioteràpia i la radioteràpia preoperatòries, aportant també a la cirurgia noves tècniques quirúrgiques, mínimament invasives, com la cirurgia per laparoscòpia.

No convé oblidar com l'evolució d'altres qüestions paral·leles a la pròpia tècnica quirúrgica ha influït en l'èxit d'aquest procediment (17,19).

### 3.6. Tipus d' ostomies

Les ostomies es poden classificar tenint en compte diversos aspectes, com la funció a la qual aquesta està destinada, el temps de permanència en el cos o segons l'òrgan implicat, entre moltes altres classificacions (16,20–22):

#### Ostomies segons la seva funció:

- **Estomes de ventilació:** per mantenir la permeabilitat de la via aèria; sol ser un estoma a la tràquea.
- **Estomes de nutrició:** utilitzats per administrar elements de nutrició des de l'exterior a través d'una sonda, mantenint així una via oberta d'alimentació.
- **Estomes de drenatge:** són fístules, obertes amb acció de drenatge. Segons els teixits comunicats, les fístules poden ser internes, entre dues estructures buides, o externes, entre un òrgan i la pell.
- **Estomes d'eliminació:** són estomes utilitzats per a l'eliminació de productes de rebuig, matèria fecal o urinària.

#### Segons el temps de permanència:

- **Estomes temporals:** utilitzats de manera temporal fins que es solucioni el problema. És a dir, són aquells que han estat construïts mitjançant un procediment quirúrgic que permet la seva reversibilitat. Els estomes temporals han de fer-se com si fossin definitius, ja que si no es compleixen uns requisits mínims no es podrà fer la segona cirurgia per restaurar la continuïtat del tracte intestinal.

- **Estomes permanents:** oberts per suplir la funció d'un òrgan extirpat o amb disfuncionalitat irreversible. És a dir, com el seu propi nom indica, són aquells en els que no és possible la reconstrucció del tracte intestinal.

✚ **Segons l'òrgan implicat:** segons l'òrgan o aparell implicat; els estomes poden ser, bàsicament, de 3 tipus:

- **Estomes digestius:** La formació de l'estoma digestiu s'utilitza com a eina terapèutica en casos de malalties que afecten al tracte intestinal, ja sigui en situacions d'emergència com en usuaris prèviament seleccionats per dur a terme la cirurgia. La creació de l'estoma intestinal forma part del maneig quirúrgic de malalties greus que afecten al trànsit intestinal com ara les neoplàsies o la malaltia inflamatòria intestinal.
- **Estomes urinaris:** realitzats en l'aparell excretor i destinats a l'eliminació d'orina.
- **Estomes traqueals:** creats a la tràquea per mantenir oberta una via aèria.

### 3.7. Ostomies digestives o de descarrega

En aquest treball ens centrarem només en les ostomies digestives o de descarrega. S'estima que a Espanya hi ha entre 70.000 i 100.000 persones ostomitzades, de les quals un 70% són portadores de colostomies, un 15% de ileostomies (23).

#### 3.7.1. Ileostomia

Una ileostomia consisteix, en extreure una porció de l'intestí prim a nivell de l'ili a l'exterior a través de la paret abdominal. Habitualment, és localitza al costat dret de l'abdomen, tot i que en ocasions es pot situar al costat esquerre. Poden ser temporals o definitives (20–22).

Pel que fa a les deposicions poden ser entre líquides i pastoses, per tant, aquestes poden ser irritants per a la pell, perquè tenen un alt contingut d'enzims digestius (16). El flux diari a través d'una ileostomia és de 500-800 ml,



amb un pH lleugerament inferior a 7 i un contingut elevat de sodi al voltant de 115 mEq. La descarrega per ileostomia és continua, aquesta tendeix a augmentar lleugerament després de les menjades, episodis de gastroenteritis, obstruccions parcials o recurrències de malaltia inflamatòria. Els efluents es recol·lecten en una bossa que s'adhereix a la pell que envolta l'estoma (20–22).

### **Indicacions per realitzar una ileostomia:**

La cirurgia de la ileostomia es duu a terme a causa de moltes malalties i afeccions diferents. La cirurgia per a una ileostomia sol fer-se quan l'intestí té una malaltia o dany que no es pot tractar amb altres mètodes. La raó més freqüent de la cirurgia és la malaltia inflamatòria intestinal que inclou la malaltia de Crohn i la colitis ulcerativa. Les ileostomies també són necessàries degudes a defectes congènits, poliposis familiar, lesions o al CCR (22).

Alguns problemes intestinals es poden tractar posant en repòs alguna secció de l'intestí i es crea una ileostomia de curta duració o temporal. Amb el temps, la ileostomia és revertida quirúrgicament i l'intestí comença a funcionar com ho feia abans (20,21).

### **Tipus de ileostomía:**

En planejar una ileostomia, alguns dels factors que s'han de considerar són el procés de la malaltia, l'edat, la salut en general i la preferència del pacient i cirurgia (15-17). Quan s'ha d'extirpar tot el còlon es poden fer tres tipus principals de ileostomies:

- **Ileostomia convencional o de Brooke**

S'utilitza molt en casos greus de malaltia inflamatòria intestinal o pòlips adenomatosos quan es requereix d'una colectomia total. La secció s'ha de fer el més a prop possible de la vàlvula ileocecal. La cirurgia que es fa amb més freqüència és la ileostomia convencional.

L'extrem de l'ili s'exterioritza a través de la paret abdominal, es volteja cap enrere i es sutura a la pell, deixant una secció llisa i arrodonida com estoma.

Normalment, l'estoma es col·loca a la part inferior dreta de l'abdomen, en una superfície plana de pell normal i llisa. La sortida de la matèria fecal

no es controla, aquesta és líquida o pastosa i conte enzims digestius. Això vol dir que s'ha d'utilitzar la bossa de recol·lecció en tot moment, i que s'ha de buidar amb regularitat (12-17).

- **Ileostomia continent o de Kock**

S'utilitza ja molt poc. S'ha de construir un reservori al qual se li afegirà una vàlvula prèvia a la sortida de l'estoma per afavorir la contenció de la femta. Normalment s'utilitza en casos de destrucció esfinteriana, fallada de anastomosi ileo-anal, rectocolitis hemorràgica o poliadenomatosis familiar. Després de l' intervenció el reservori augmentarà de volum (12-13).

Una ileostomia continent és una variació de la ileostomia convencional. Es forma doblegant sobre si mateixa una part de l'ili per formar un dipòsit o bossa dins de l'abdomen. Es forma una vàlvula en forma de mugró amb una porció de l'ili. Diverses vegades al dia, s'ha de col·locar un catèter, per drenar el dipòsit fora del reservori (12-17).

- **Dipòsit ileoanal (reservori en J o bossa pèlvica)**

És una bossa feta amb porcions de l'ili i del recte i que es col·loca a l'interior del cos, a la pelvis. Les bosses pèlviques també es coneixen com reservori en J, reservori en W i reservori en S, depenent del procediment quirúrgic. La bossa es connecta amb l'anús. Els residus passen a la bossa, on s'emmagatzemen. Quan se sent la urgència, la femta pot sortir del cos a través de l'anús. L'esfínter que es troba al voltant de l'obertura anal ha d'estar intacte per evitar que la bossa tingui fuites. La consistència del producte de la bossa pèlvica depèn del que mengi i begui, i es pot controlar amb tractament. En la majoria dels casos és necessari fer almenys dos cirurgies per realitzar aquest tipus de ileostomia (12-17).

### **3.7.2. Colostomia**

La colostomia és l'exteriorització de qualsevol part del còlon, a través de la paret abdominal, cap a l'exterior.

En les colostomies ascendents, degut a que la porció activa del còlon és curta gairebé no ha pogut absorbir l'aigua, i les femtes tindran una consistència més aviat líquida. Una colostomia en el còlon transvers eliminarà femtes més toves i voluminoses, mentre que una colostomia propera al recte rebutjarà femtes més formades (12-17).

### **Les indicacions per realitzar una colostomia**

Existeixen certes patologies en les que és més comú la realització d'una colostomia com per exemple: la neoplàsia de colon, neoplàsia de recte, neoplàsia d'anús, malaltia diverticular, poliposis colònica familiar, Malaltia inflamatòria intestinal, incontinença anal, traumatisme anus-recte i sèpsia pelviana.

En les patologies anteriors, la indicació per a realitzar una colostomia es confeccionarà tenint en compte diferents factors i característiques de les malalties. Entre elles, la localització i l'estadi en què es troba la malaltia del pacient, aquestes seran d'importància a l'hora de prendre una decisió (12-15).

Les indicacions més comunes per realitzar una colostomia són:

- La resecció del recte amb extirpació de la musculatura de l'esfínter anal. En aquest cas la colostomia serà definitiva atès que la part distal del tub digestiu serà eliminada.
- Extirpació del còlon sigmoide o recte, deixant la musculatura del esfínter anal inalterada.
- En el cas de presentar una tumoració infiltrativa es realitzarà una derivació de la femta a l'exterior amb l'objectiu d'evitar l'obstacle.
- En traumatismes rectals o com a prevenció de complicacions després d'intervencions amb anastomosi coloanal (10-17).

### **Tipus de colostomia**

Les colostomies, habitualment es classifiquen segons la seva localització, permetent d'aquesta manera apreciar les diferents característiques de cadascuna segons el tram en el qual es troben (22-24):

- **Colostomia ascendent:** es troba a la part dreta de l'abdomen i es forma a partir del còlon ascendent. Les femtes solen ser líquides o pastoses, molt freqüentment i contenen enzims digestives de gran acidesa que poden irritar la pell.
- **Colostomia transversa:** localitzada a la part central de l'abdomen i es forma a partir del colon transvers. Produeix unes femtes semilíquides o semisólides, l'evacuació és menys freqüent o més lenta i amb poques enzims digestives.
- **Colostomia descendent:** es troba a la part esquerra de l'abdomen i es forma a partir del còlon descendent. Les femtes en aquest tram són semisólides o sòlides, perquè la major part de l'aigua ha estat reabsorbida en aquest punt, i la seva evacuació és menys freqüent.
- **Sigmoideostomia :** es troba a la part esquerra de l'abdomen, es forma a partir del sigmoide del còlon i les femtes en aquest lloc són sòlides.

### **3.8. El marcatge de l'estoma**

El marcatge prequirúrgic consisteix en localitzar la zona ideal per a la realització de l'estoma. Ubicar correctament l'estoma és fonamental per mantenir una òptima qualitat de vida per al pacient després de la intervenció (25).

L'objectiu principal, és localitzar la zona més adequada per al estoma en funció de les característiques físiques del pacient, que garanteixi la correcta adaptació del dispositiu terapèutic de l'ostomia, evitar complicacions (fuites i irritacions cutànies) i optimitzar la qualitat de vida del pacient ostomitat (25).

El marcatge ha de ser realitzat per infermeres expertes en ostomies. No en tots els centres hospitalaris es realitza el marcatge, depèn majoritàriament de la urgència de la intervenció a practicar i del protocol que existeixi en cada hospital (26–28). Tot i així, cal recalcar la importància de la realització del marcatge de l'estoma en el preoperatori, per tal de reduir possibles complicacions relacionades amb la ubicació incorrecta d'aquest.

La localització de l'estoma es farà conjuntament amb el pacient, i s'escollirà el lloc que compleixi amb els següents requisits (25–28):

- Pell integra.
- Zona amb bona visibilitat i accessibilitat per al pacient per tal de que aquest pugui manipular el seu estoma de forma còmoda.
- Ha de ser en una zona llisa de la paret abdominal i a través del múscul recte anterior.
- Evitar les zones amb plecs cutanis, la zona de la cintura i la zona umbilical per ubicar l'estoma.
- Rebutjar les zones amb alteracions cutànies, cicatrius i prominències òssies per localitzar l'estoma.

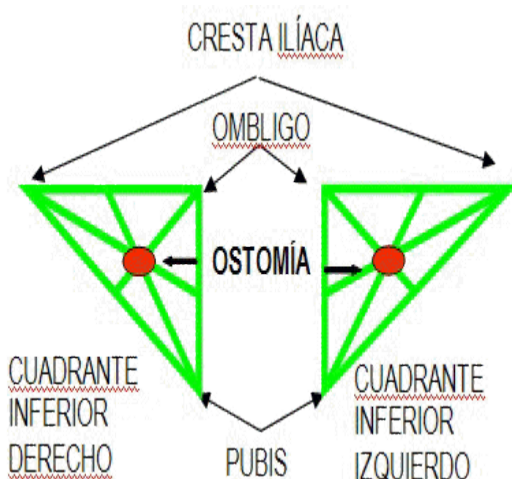
Per valorar la ubicació ideal de l'estoma cal que el pacient ho comprovi adoptant les següents tres postures:

- ✓ Assegut
- ✓ Decúbit supí
- ✓ De peu

Passos a seguir en el marcatge (26–28):

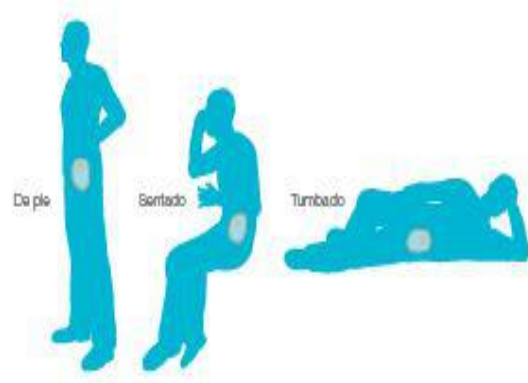
1. Cal tenir com a referència un triangle imaginari que es forma unint la cresta ilíaca, la sínfisis púbica i el melic, i marcant el punt en què es tallen les bisectrius. S'ha de senyalar un punt en cada hemiabdomen, com és pot observar en la Figura 1.
2. Col·loquem un dispositiu col·lector en cada punt i comencem amb les següents dinàmiques, com es poden observar en la Figura 2 (25–28):
  - ✓ Demanarem al pacient que es posi en decúbit lateral, de cada costat, imitant que dorm en aquesta posició (posició còmoda).
  - ✓ Demanarem al pacient que es senti al llit, comprovant que no es forma cap plec que cobreixi el punt assenyalat o que alteri la posició del dispositiu.
  - ✓ Per últim, demanarem al pacient que es posi dret i comprovarem que aquest visualitza bé els dispositius i que pot manejar-los còmodament.

Si en algun dels casos anteriors el dispositiu no pogués estar correctament col·locat, el punt marcat quedés tapat o el pacient no observés els dispositius, s'haurà de canviar el lloc escollit movent amunt o avall, fins trobar la posició ideal.



**Figura 1:** Triangle imaginari per al marcatge de l'estoma

Font: (25-28)



**Figura 2:** Posicions que a d'adoptar el pacient per verificar la idoneïtat de la localització de l'estoma.

Font: (25-28)

### **3.9. Característiques d'un estoma sa**

Un estoma sense complicacions ha de tenir les següents característiques: ha de ser de color vermell o rosat a causa de tenir una gran quantitat de capil·lars sanguinis i per això sagna amb més facilitat que la pell. Un lleuger sagnat en el moment de la higiene no ens fa que preocupar, en cas de produir-se n'hi haurà prou amb fer una lleugera pressió sobre aquest (29).

Aquest ha de tenir un aspecte humit i brillant, ja que no es tracta de pell sinó de mucosa intestinal, la morfologia especial fa possible que estigui en contacte amb la femta sense patir irritació. No obstant això, les femtes són altament abrasives i irritants per a la pell. Aquest no té terminacions nervioses, per tant al tocar-lo o rentar-lo no ha de fer mal (22).

### **3.10. Complicacions associades a les ostomies**

La realització d'un estoma comporta una sèrie de canvis físics i psíquics en el pacient, que influeixen en la seva percepció de la imatge corporal, així com de la seva qualitat de vida. A més s'associa amb una elevada taxa de complicacions, que també impacten en la qualitat de vida del pacient i suposen un major cost econòmic per al sistema sanitari.

Per tant, ateses les conseqüències metabòliques, mecàniques i psicosocials que aquest acte quirúrgic comporta, el cirurgià ha de ser conscient de la importància de la seva correcta realització i dedicar-li la màxima atenció (15-20).

#### **Complicacions immediates**

Les complicacions immediates dels estomes representen entre el 39-82% de totes les complicacions dels estomes. Aquestes suposen un augment de la estada hospitalària i de les cures en atenció primària, la qual cosa incrementa els costos tant econòmics com psicològics (30–33). En la Taula 2, podem veure, el recull d'imatges de complicacions immediates en ostomies.

- **Edema**

Durant el postoperatori immediat és freqüent que aparegui cert edema de la mucosa de l'estoma. Això és a causa del propi trauma quirúrgic i sol disminuir en les dues o tres setmanes posteriors a la intervenció. També es pot produir edema de la mucosa si l'orifici realitzat per a la sortida de la mucosa i realització de l'estoma té un diàmetre inferior a la mucosa intestinal (22,30,32,33).

- **Infecció i/o abscess**

La infecció i/o abscess són complicacions infreqüents, amb una incidència que està entre el 2-14,8% (27,29). Es manifesten per dolor a la zona perieostomal, inflamació, supuració i febre. Poden ser conseqüència de l'infecció d'un hematoma o un granuloma de la sutura, o de la contaminació del llit quirúrgic quan es revisa o es reconstrueix un estoma en el mateix lloc. L'infecció pot evolucionar fins a la formació d'un abscess. Si afecta tota la circumferència de la ostomia pot arribar a presentar dehiscència en la unió mucocutània. Totes les complicacions perieostomals augmenten el risc de sèpsia, isquèmia, hematoma, estenosi, etc (22,30).

- **Dehiscència**

La dehiscència de la unió mucocutània pot ocórrer per una tensió excessiva, perquè l'orifici de la pell és massa gran en relació a l'intestí exterioritzat o com a conseqüència d'una infecció superficial. La dehiscència pot estar limitada a un sector o pot ser total. A llarg termini és un factor que predisposa a l'estenosi de l'estoma (29,30).

- **Hemorràgia**

L'hemorràgia o sagnat procedent de la zona periostomal o del mateix intestí es presenta en el 2-3% dels estomes (22,30). Ocórrer en les primeres hores després de la intervenció quirúrgica, deguda generalment a la lesió d'algun vas subcutani durant la sutura de l'intestí a



la paret o mucosa. A les ileostomies està causada amb més freqüència per la maniobra d'eversió de l'intestí. L'hemorràgia es manifesta per la sortida de sang vermella a l'interior de la bossa. Si el sagnat és a l'exterior, el diagnòstic es fa per observació directa; si es produeix a la paret abdominal perieostomal, pot sospitar-se per la inflor de la zona i es diagnostica per palpació (22,30,33).

- **Isquèmia i/o Necrosis**

La necrosi és la complicació de l'estoma més greu durant el postoperatori, i la més freqüent en pacients obesos i en la cirurgia urgent. Les causes més freqüents són la tensió del mesenter i la desvascularització de la nansa quan es realitza l'estoma. La incidència és major en les colostomies (1-10%), que en les ileostomies (menor de 5%) i probablement està relacionada amb la lligadura arterial i la insuficiència de la circulació col·lateral. Es fàcil de reconèixer pel color morat blavós o grisenc fosc que adopta el estoma (22,30,32,33).

- **Retracció de l'estoma**

Es denomina retracció a l'enfonsament de l'estoma per sota del nivell de la pell. Aquest és degut a una excessiva tensió de l'intestí, generalment per poca mobilització, tot i que en moltes ocasions també l'augment de pes del pacient pot afavorir-la (30,33).

- **Obstrucció intestinal**

L'obstrucció intestinal és més freqüent en els pacients portadors de ileostomia. La seva incidència és del 2-7%. Aquesta pot ser deguda a adherències, a una hèrnia interna, a la torsió de la nansa exterioritzada, entre d'altres. És la causa més freqüent de reintervenció precoç de les ileostomies en nansa. Clínicament es manifesta per dolor i distensió abdominal, nàusees, vòmits i absència de contingut fecal a la bossa de ileostomia (22,30,33,34).

- **Alteracions hidroelectrolítiques**



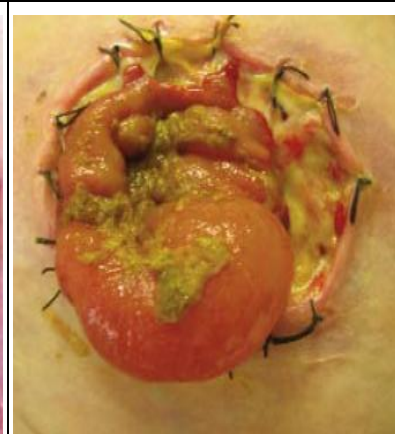



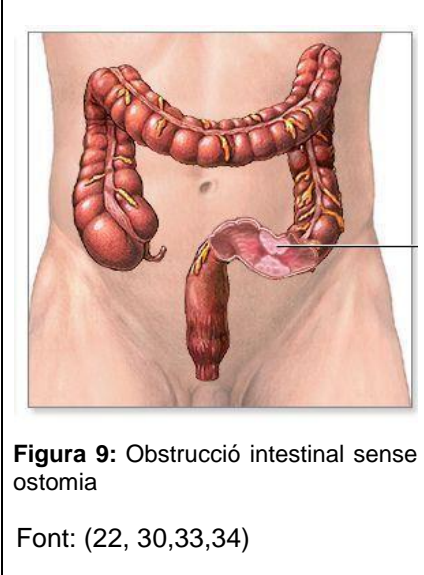
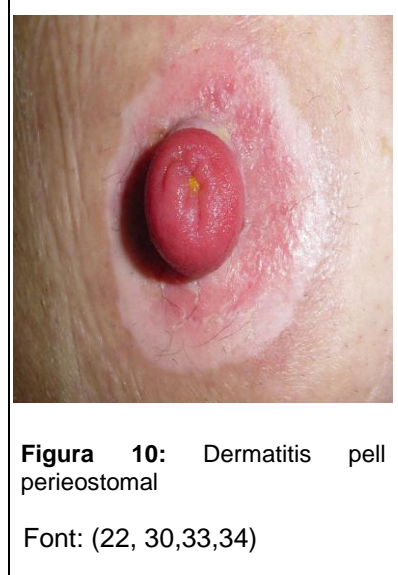
El 20% dels pacients portadors d'una ileostomia pateixen diarrea i deshidratació. Els pacients amb ileostomia perden grans quantitats de sodi en el líquid fecal (85-180 mmol/l/24h).

Tot i així, el risc de patir una deshidratació greu i un desequilibri electrolític és elevat durant el postoperatori, ja que en aquest període el pacient és incapaç de beure el suficient i precisa d'una aportació intravenosa de líquids. S'estima que el major risc de deshidratació es produeix entre els 3r i 8è dia després de la cirurgia (22,33,34).

- **Alteracions cutànies**

Les alteracions cutànies són les complicacions immediates més freqüents i es produeixen entre el 3-42% dels pacients (30,33). Es poden produir per: una dermatitis irritativa de contacte, una lesió mecànica, una infecció per Candida o una folliculitis i una dermatitis al·lèrgica. La seva incidència és major en les ileostomies que en les colostomies, a causa de que en les ileostomies les femtes són més líquides i la seva emissió és més freqüent. A més a més, els enzims proteolítics i el contingut alcalí de l'ili pot danyar l'estructura epidèrmica i provocar una excoriació cutània. En la majoria de les ocasions es produeixen per cures inadequades de l'estoma o per l'aplicació inadequada dels dispositius. Les alteracions cutànies estan relacionades amb: els estomes plans, les hèrnies paraestomals, el diàmetre inapropiat de les bosses col·lectores que permet el contacte de les femtes amb la pell periestomal, provocant irritació o una lesió mecànica produïda ja sigui pels propis dispositius, que poden produir àrees de pressió a la pell, o per l'ús inadequat de sistemes (22,30,33,34).

**Taula 2:** Quadre resum d'imatges de complicacions immediates de les ostomies.

		
<p><b>Figura 3:</b> Edema</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 4:</b> Infecció estoma</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 5:</b> Dehiscència</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>
		
<p><b>Figura 6:</b> Hemorràgia paret lateral estoma</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 7:</b> Isquèmia o necrosis estoma</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 8:</b> Retracció de l'estoma</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>
		
<p><b>Figura 9:</b> Obstrucció intestinal sense ostomia</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 10:</b> Dermatitis pell perieostomal</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	

*Taula d'elaboració pròpia (22, 30,33,34)*

## **Complicacions a llarg termini**

En la Taula 3, podem veure, el recull d'imatges de complicacions a llarg termini en ostomies.

### ▪ **Estenosi**

Reducció del diàmetre de la llum de l'estoma, de tal manera que impedeix la sortida de la femta, així com la possibilitat de realitzar un tacte per ell. La incidència en colostomies és inferior que en les ileostomies. Entre les causes s'han de diferenciar les derivades de la tècnica quirúrgica, com ara la manca de sutura mucocutània immediata, un orifici cutani insuficient o el tipus d'estoma; i les pròpies característiques del portador de l'estoma com l'obesitat o la presència de lesions associades (Infecció mucocutània, dehiscència mucocutània, etc.). S'han de diferenciar entre estenosi parcial, greu o total. Mentre que l'estenosi parcial permet el pas del dit índex en la greu o total això no és possible (22,30,33,34).

### ▪ **Prolapse**

Protrusió de l'estoma per sobre de la superfície abdominal.

S'atribueix a una discordança entre la mida l'intestí i l'obertura realitzada a nivell de la paret abdominal. Els símptomes són habitualment lleus i consisteixen en molèsties, per la sensació de massa, o en sagnat, pel traumatisme local (22,30,32).

### ▪ **Hernia**

És molt freqüent però en poques ocasions requereixen de tractament quirúrgic. L'hèrnia paraestomal és una hèrnia incisional associada al estoma. En el seu desenvolupament estan implicats diferents factors com ara les fallades en la tècnica quirúrgica, les complicacions postoperatòries o les característiques individuals del pacient. Aquesta impedeix la correcta col·locació dels dispositius i pot produir algunes molèsties com el dolor (30,33,34).

**Taula 3:** Quadre resum de complicacions a llarg termini de les ostomies.

		
<p><b>Figura 11:</b> Estenosis</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 12:</b> Prolapse</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 13:</b> Hernia</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>

*Taula d'elaboració pròpia (22, 30,33,34)*

### **Complicacions de la pell perieostomal**

És freqüent en pacients amb ostomia el desenvolupament de dermatosis perieostomals que sovint no són informades pel pacient i romanen sense diagnòstic durant anys la qual cosa complica la recuperació i el manteniment de la intervenció quirúrgica. La prevalença de les complicacions cutànies en pacients ostomitats varia entre el 6% i el 80%. Les causes són múltiples, les més freqüents són la dermatitis per contacte amb orina o material fecal, la dermatitis papil·lomatoso crònica, mecànica, i al·lèrgica per contacte (30,32,33).

La dermatitis, és un dels problemes més comuns. Pot aparèixer en el temps postoperatori immediat o al tardà. Aquesta dermatitis pot ser causada per la irritació, per al·lèrgia a algun component de les bosses, a causa de bacteres acumulades o pel canvi molt freqüent de les bosses col·lectores. En algunes ocasions sota de les plaques dels dispositius col·lectors s'acumula matèria fecal que macera i pot arribar a provocar ulceracions a la pell. En vista d'això és molt important la higiene de la zona i evitar que els excrements estiguin en contacte amb la pell. A més hem d'ajustar el màxim possible l'orifici de la placa a la mida de la ileostomia i colostomia evitant d'aquesta manera que la pell es quedi sense protegir (30,32,33).

Existeixen diversos tipus de dermatitis, a continuació s'exposen les més freqüents, a la taula 4 es pot veure un quadre resum d'imatges de complicacions de la pell perieostomal:

- **Dermatitis química per contacte d'efluents**

És una irritació química produïda pel contacte de la pell amb la femta. Això es produeix a causa d'un mal ajust del dispositiu al estoma. La pell té un pH àcid i aquest es veu afectat pel pH alcalí de l'orina i la femta. L'orina conté una important quantitat d'enzims digestius que causen erosió. També causen irritació dels sucus gàstrics, mucus, solvents i materials de neteja. Clínicament es caracteritza per eritema, erosions i dolor (30,32,33).

- **Dermatitis mecànica**

Es el resultat de l'abradió física per moviments dels sustentadors de l'estoma o dels components plàstics rígids del sistema d'ostomia i, també, pels abrasius dels sistemes de fixació (cinta adhesiva). La lesió es manifesta en forma d'eritema en l'àrea de pressió i erosió. Pot produir-se per una maniobra traumàtica en retirar la bossa, el canvi freqüent del dispositiu, la neteja abrasiva en retirar les restes d'excrements i cremes, el frec o pressió d'equips mal adaptats i l'ús de material inadequat o no específic. Així doncs, està relacionada amb l'habilitat per a aplicar les cures (30,32,33).

- **Dermatitis micòtiques o microbianes**

Estan produïdes per la infecció per fongs o bacteris. Aquestes han de ser valorades per un facultatiu. Es poden produir infeccions dels fol·licles pilosos, per la qual cosa és aconsellable eliminar el borrissol que apareix en aquesta zona (30,32,33),

- **Dermatitis immunològica o al·lèrgica de contacte**

Actualment es poc freqüent, ja que la composició dels materials que s'utilitzen en la fabricació dels dispositius col·lectors són hipoal·lèrgics. La lesió cutània produïda coincideix amb la forma, localització i distribució del dispositiu, no respon a les mesures habituals de prevenció i cura i provoca una cronificació de la dermatitis. L'evidència mostra afirmacions de reaccions al·lèrgiques a components de l'equip com lanolina, la goma de la bossa i als adhesius (30,32,33).

- **Ulceracions**





Són degudes a la cura inadequada de l'estoma. Les infeccions bacterianes o el mal ús dels dispositius a la zona perieostomal augmenten les possibilitats de que apareguin úlceres cutànies. És molt important rentar correctament l'úlcer a més de curar la zona amb antisèptics i pomades cicatritzants (30,32,33).

- **Granulomes**

Són lesions mucoses o cutànies que apareixen a causa d'una reacció al material de sutura utilitzat o al traumatisme a la qual es veu sotmesa la pell periestomal. Poden arribar a convertir-se en abscessos que drenen al exterior (30,32,33).



**Taula 4:** Quadre resum d'imatges de complicacions de la pell perieostomal de les ostomies.

		
<p><b>Figura 14:</b> Dermatitis química per una ileostomia plana</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 15:</b> Dermatitis mecànica</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 16:</b> Dermatitis Micòtica de la pell perieostomal</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>
		
<p><b>Figura 17:</b> Dermatitis per contacte</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 18:</b> Ulceració perieostomal</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>	<p><b>Figura 19:</b> Granulomes</p> <p>Font: (22, 30,33,34)</p>

*Taula d'elaboració pròpia (22, 30,33,34)*



## **Complicacions nutricionals de pacients ileostomitzats**

Fins a un 20% dels pacients portadors d'una ileostomia pateixen diarrea i deshidratació. Els pacients ileostomitzats perden grans quantitats de Na en el líquid fecal (85-180 mmol/L/24h). Aquestes complicacions metabòliques, poden estar relacionades amb l'extirpació del còlon (33).

Tot i així, el risc de patir una deshidratació greu i un desequilibri electrolític s'eleva durant el postoperatori, ja que en aquest període el pacient és incapaç d'ingerir la suficient quantitat de líquid i precisa d'una aportació intravenosa de líquids. S'estima que el major risc de deshidratació es produeix entre els dies 3 i 8è després de la intervenció (16,21,30).

Quan s'extirpa una part de l'intestí, la digestió o absorció dels aliments o de l'aigua i electròlits es pot veure afectada. Aquests problemes seran més o menys intensos depenent de la magnitud de la intervenció i de l'adaptació intestinal, però poc a poc aniran millorant .

La principal funció de l'intestí prim és absorbir els nutrients, s'alliberen enzims (químics que produeix l'organisme per descompondre els aliments), per tant, la matèria fecal que surt per la ileostomia també conté aquestes enzims i aquestes poden irritar la pell.

Les necessitats nutricionals variaran d'acord a la quantitat d'intestí que queda, l'estat funcional del mateix i la seva salut en general. Els canvis que es produeixen en l'intestí per l'extirpació del còlon poden tenir conseqüències com (16,21,30):

- Mal aprofitament d'aigua i minerals
- Alterar l'hàbit intestinal amb presència de diarrea i/o restrenyiment
- Mal aprofitament d'aliments en casos de diarrea perllongada
- Aparició de gasos

La ostomia d'alt dèbit és una complicació freqüent en pacients portadors de ileostomies que està poc identificada. No està descrita de manera consensuada, podent variar entre debits de 2.000 ml en 24h o al voltant de 1.500 ml en 3-5 dies (35). Sol presentar greus conseqüències per al pacient tant a curt com a llarg termini i està associada a reingressos (35).

Una de les complicacions metabòliques més freqüents dels pacients ileostomitzats, és la deshidratació, que és caracteritza per la disminució de la quantitat d'aigua de l'organisme com a resultat d'un desequilibri entre l'aportació i les pèrdues d'aigua i/o de sals minerals conjuntament. Quan s'extirpa el còlon, el risc de tenir un desequilibri d'electròlits s'incrementa (35).

A llarg termini, els pacients ileostomitzats sovint presenten hipomagnesèmia i absorció disminuïda de vitamina D i B12, àcid fòlic, així com una major incidència de càlculs renals i biliars (30).

#### 4. JUSTIFICACIÓ

Els pacients ostomitzats requereixen un tractament individual, expert abans i després de l'intervenció quirúrgica. És important, que el pacient surti de l'hospital ben informat i motivat com a part positiva del seu tractament. Les modificacions produïdes per la ostomia tindran molt a veure, amb l'acceptació de l'individu, de les seves necessitats biològiques, mentals i de les reaccions de les persones significatives del seu voltant, inclòs el personal sanitari (3,4,36–38).

Existeixen recomanacions, guies i protocols basades en l'evidència que verifiquen que l'educació terapèutica és un element clau en el maneig i l'adaptació a l'estoma d'eliminació. La prioritat d'aquests és: que els pacients assoleixin una òptima qualitat de vida per al pacient i tinguin la suficient capacitat per realitzar les cures del seu estoma. Per a això, és necessari que l'educació sanitària del pacient estigui planificada i sigui avaluada. A més, està demostrat que és molt útil per als pacients formar grups educatius en què participen persones portadores d'estomes i infermeres estomaterapeutes (3,39,40).

Estudis recents han observat que l'educació i assessorament que rep el pacient en la fase preoperatoria i postoperatoria contribueix a reduir el retard de l'alta hospitalària fins que el pacient pugui ser capaç de tenir cura del seu estoma (3,4,36–38). Moltes persones amb ostomies no saben quina porció del seu intestí ha estat extirpada, ni quines de les necessitats nutricionals variaran d'acord a la quantitat d'intestí que resta, ni l'estat funcional del mateix, ni de la seva salut en general. Els canvis que es produeixen en l'intestí per l'extirpació del còlon poden tenir conseqüències com, el mal aprofitament d'aigua i minerals, pot alterar l'hàbit intestinal amb presència de diarrea i restrenyiment, poden aparèixer gasos i en casos de diarrea molts dels nutrients poden no ser absorbits (41).

A l'Hospital Universitari Santa Maria (HUSM) juntament amb l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) i la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida (FIF-Udl), el gener de 2015 van ser seleccionats com

a candidats per formar part del projecte Centres Compromesos amb l'Excel·lència de Cures (CCEC), també anomenats Best Practice Spotlight Organization (BPSO®-Espanya), i finalment acreditats a principis del 2018 dins del programa internacional de BPSO®, dirigit per la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (42).

*L'objectiu del programa BPSO és fomentar, facilitar i recolzar la implantació, avaluació i manteniment, en qualsevol entorn de la pràctica infermera, de bones pràctiques en cures, basades en les GBP)de la RNAO. Amb això es pretén crear una xarxa internacional de CCEC que fidelitzi l'ús de pràctiques basades en els millors resultats de la recerca en cures (42).*

Dins d'aquest projecte, a l'HUAV, l'HUSM i la FIF-UdL s'implanten de manera conjunta i unificada 4 guies de bones pràctiques (GBP) basades en l'evidència científica, una de les quals és la de Cures i maneig de l'ostomia.

Després de la realització de la recerca bibliogràfica, trobem que la majoria del resultats relacionats amb les ostomies, són de complicacions, qualitat de vida de les persones ostomitzades i de cures dels estomes (3,4,23,27,43). Però són pocs articles els que es basen en l'importància de la nutrició i de l'abordatge de complicacions relacionades amb la nutrició (44–47).

A més a més, la gran majoria d'estudis, són de pacients que se'ls ha efectuat una colostomia. Tot i que, els pacients ileostomitzats, corresponen a un petit percentatge són els que presenten més complicacions en el postoperatori, relacionades amb la nutrició i maneig de dispositius terapèutics.

Per tot l'exposat anteriorment i aprofitant la participació de la FIF-UdL dins del programa BPSO®, a continuació és planteja un projecte d'intervenció de educació sanitària a pacients ileostomitzats, la finalitat del qual és augmentar els coneixements sobre la nutrició i la utilització correcta de dispositius terapèutics durant el preoperatori i postoperatori, per minimitzar o reduir en un futur pròxim les complicacions que deriven d'una ileostomia.

## **Preguntes que s'han plantejat per l'elaboració de la intervenció**

A continuació, es troben exposades una sèrie de preguntes, que es van plantejar per tal de poder elaborar el projecte d'intervenció:

- De les diferents complicacions associades a una ileostomia, quines es poden prevenir o modificar mitjançant l'educació sanitària per part dels professionals d'infermeria?
- Seria eficaç un programa en la fase preoperatoria o en el postoperatori? En què consistiria i com es duria a terme?
- Quina intervenció seria la més efectiva: individual, grupal o la combinació de totes dues?
- Com s'avaluaria l'efectivitat de les intervencions?

## **5. OBJECTIUS**

### **5.1. Objectiu general**

Conèixer l'efectivitat d'un programa d'educació sanitària dirigit a pacients portadors d'ileostomia per tal de millorar la capacitat d'autocuidatge, alimentació i reduir les complicacions en el postoperatori.

### **5.2. Objectius específics**

1. Augmentar els coneixements dels pacients sobre com dur a terme l'higiene de l'estoma, col·locació i retirada del dispositiu recol·lector correctament.
2. Augmentar els coneixements sobre l'importància de dur a terme una nutrició adequada, per tal d'evitar el restrenyiment, la diarrea, els gasos i la mala olor amb una ileostomia.
3. Valorar la qualitat de vida del participants abans i després de la intervenció.
4. Conèixer el grau de satisfacció dels participants després de realitzar la intervenció i avaluar els coneixements adquirits després de participar en el programa.

## 6. METODOLOGIA

Alhora d'escollir el tema d'estudi, durant el mes de octubre, es busca informació en general sobre les ostomies i el pacient ostomitizat. En el moment que es va assignar el tema i tutor del treball, mesos Novembre - Gener, es comença la cerca d'informació necessària per definir els objectius i realitzar el marc teòric.

Després de la recerca i l'anàlisi de la situació actual del tema a desenvolupar, es va procedir al disseny del Projecte d'Educació per a la Salut per pacients ileostomitizats. El procés de desenvolupament d'aquest Treball Final de Grau (TFG) es detalla en el cronograma adjunt ( **Annex I**).

El projecte d'educació per a pacients ileostomitizats, es basa en un estudi de caràcter quasi-experimental pre-test/post-test sense presència de grup control, que és centra en observar i valorar la situació abans de la participació a la intervenció educativa i un cop l'intervenció hagi finalitzat, per tal de comprovar si s'han produït canvis en els coneixements dels participants (48).

El present treball ha estat realitzat utilitzant parcialment dades i la metodologia del Programa d'implantació de guies de bones pràctiques en Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures®. L'autor expressa el seu agraïment al "Grup de Treball del Programa d'implantació de bones pràctiques en Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures®.

El Programa d'implantació de guies de bones pràctiques en Centres Compromesos amb l'Excel·lència en Cures® està parcialment finançat pel Centre espanyol per a les cures de salut basades en l'evidència: un Centre d'Excel·lència de l'Institut Joanna Briggs.

## 6.1. Metodologia de cerca bibliogràfica

Per a l'elaboració del treball s'ha dut a terme una recerca bibliogràfica en les diverses bases de dades científiques de ciències de la salut. Per l'elaboració d'aquest treball es van consultar un total de 5 bases de dades, una d'elles en llengua anglesa: Pubmed; i la resta en llengua hispana: Cuiden, Scopus, Cinahl plus i Google Acadèmic.

Durant el desenvolupament del treball la recerca bibliogràfica ha presentat certes limitacions, s'han trobat pocs articles específics de nutrició per pacients ileostomitzats, la gran majoria d'informació s'ha obtingut de Guies de Bones Pràctiques (GBP).

Per una altra banda, els articles s'han referenciat mitjançant el programa de gestió de referències bibliogràfiques Mendeley.

### ▪ Paraules clau utilitzades

Per centrar la recerca, es van utilitzar les paraules clau:

- **En llengua hispana:** Càncer colorectal, Educación, complicaciones, nutricion, ostomia, ileostomia, colostomia, piel periestomal, estomaterapeuta, incidencia, cuidados y higiene.
- **En llengua anglesa (MeSH):** Colorectal surgery, Education, complications, nutrition, ostomy, ileostomy, colostomy, periestomal skin, stomatherapist, intervention, care and hygiene.

### ▪ Limitadors utilitzats en la cerca o criteris d'inclusió

- **Any de publicació:** aquells compresos entre els anys 2010 i 2018, ambdós inclosos. Tot i que hi ha alguns articles de publicació anterior al 2010 que està citat degut al seu interès i aportació al treball.
- **Idioma:** articles en anglès i català/castellà
- **Texts complets gratuïts disponibles i accessibles** mitjançant la utilització del Proxy de la Biblioteca de Ciència de la Salut de la Universitat de Lleida
- **Articles adaptats a la temàtica central del treball de fi de grau.**



## **6.2. Població diana**

La població en la qual s'aplicarà la intervenció serà en pacients, tant homes com dones, d'entre 25 i 85 anys, ambdós inclosos, diagnosticats de càncer colorrectal i que tinguin que ser intervinguts i se'ls efectui un estoma d'eliminació, en concret una ileostomia a l'HUAV o a l' HUSM de Lleida. Serà en aquesta població a la qual s'avaluarà posteriorment l'eficàcia de la participació al programa.

### **▪ Criteris d'inclusió i exclusió:**

#### **▪ Criteris d'inclusió de la intervenció**

- Pacients diagnosticats de càncer colorrectal que hagin de ser intervinguts l'HUAV o a l'HUSM i se'ls tingui que efectuar una ileostomia.
- Pacients entre 25-85 anys (ambdós inclosos).
- Amb motivació per participar al programa.
- Que hagin llegit, signat i estiguin d'acord amb el consentiment informat.

#### **▪ Criteris d'exclusió de la intervenció:**

- Pacients que per malaltia o discapacitat física els impossibiliti la participació al programa.
- Pacients amb trastorn mental greu incapacitant que els impossibiliti la participació al programa.
- Pacients que no hagin signat i per tant, no estiguin d'acord amb el consentiment informat.
- Pacients que per qualsevol motiu no vulguin formar part del programa.

## **6.3. Professionals implicats en la intervenció**

Per a la realització d'aquest programa d'educació sanitària, es necessari un abordatge multidisciplinar, però cal remarcar la importància del paper d'infermeria en les intervencions educatives.

A continuació, a la taula 5, es presenten tots els professionals implicats en la intervenció i les tasques assignades:

**Taula 5:** Professionals implicats en la intervenció.

Professionals	Tasca a realitzar en l'intervenció
Cirurgia digestiu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Explicació de l'existència del programa i derivació del pacient al professional d'infermeria.</li> </ul>
Infermers/es i Estomatoterapeutes de l'HUAV i HUSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Organització i explicació del programa</li> <li>– Reclutació de pacients via directa a la consulta.</li> <li>– Preparació del material i sessions.</li> <li>– Gestionar el consentiment informat per poder ésser firmat.</li> <li>– Valoració i recollida de dades del qüestionari de coneixements</li> <li>– Valoració i recollida del qüestionari de satisfacció després de la participació al programa.</li> <li>– Gestió dels recursos.</li> </ul>
Coordinadors programa BPSO® de HUAV i HUSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Proporcionar recomanacions GBP per l'elaboració de les sessions</li> <li>– Participació en sessions</li> </ul>
Casa comercial de productes per ostomies (Coloplast, Convatec, Hollister...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Proporcionar material informatiu</li> <li>– Proporcionar mostres dels seus productes</li> </ul>
Gestor de dades	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gestió de les dades</li> <li>– Anàlisi bioestadístic</li> </ul>

*Taula d'elaboració pròpia*

## 7. INTERVENCIÓ

### 7.1. Antecedents i context de la intervenció

A Catalunya, hi ha més d'onze mil persones ostomitzades. El 23 de febrer del 1994 es va crear l'Associació Catalana d'Ostomitzats (ACO), que es troba inscrita al registre d'associacions de la Generalitat de Catalunya, a la Federació Catalana d'entitats contra el Càncer i a la Federació Catalana de Voluntariat Social (49).

Aquesta associació consagra un espai per compartir experiències, així com tot un conjunt de serveis per emprar suport al pacient ostomitzat i a la seva família. A més a més, compta amb l'ajuda i assistència d'infermeres estomaterapeutes, pacients voluntaris ostomitzats i de tots els professionals que formen part d'Oncolliga, per tal de que les persones ostomitzats s'adaptin a una nova vida, situació personal i millorar en la mesura possible la seva qualitat de vida (49,50).

L'Oncolliga, és una fundació privada de la Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica, constituïda l'any 2003, també es troba inscrita al registre de Fundacions de la Generalitat de Catalunya, és una entitat que té com a finalitat principal donar atenció psicosocial a les persones amb càncer i a les seves famílies.

Ambdues associacions no tenen seu ni realitzen actuacions a la província de Lleida (50).

Centrant-nos en l'àrea de Lleida, l'atenció sanitària al pacient ostomitzat es realitza fonamentalment des dels següents organismes:

- Consultes externes d'infermeria experta en ostomies, tant de HUAV com de HUSM
- Associació Espanyola Contra el Càncer (AECC) de Lleida
- Plantes hospitalàries en què hi ha pacients ostomitzats (cirurgia digestiva, oncologia ...)

No obstant això, hi ha molts aspectes que podrien millorar-se actualment, per poder oferir una veritable atenció integral i basada en l'evidència als pacients ostomitzats de l'àrea de Lleida. És amb aquesta finalitat, que els centres de

l'àrea de Lleida HUAV, HUSM i FIF van entrar en el projecte CCEC, també conegut com BPSO-Espanya, dins el programa liderat per la RNAO.

La intervenció es durà a terme amb la col·laboració de l'HUAV i HUSM. S'han elegit aquests hospitals per dur a terme la intervenció, ja que actualment són els hospitals de referència que formen part del programa BPSO, i treballen conjuntament basant-se amb els resultats de la millor evidència científica disponible recollida en guies de bones pràctiques que tenen implantades, per tal d'oferir una assistència de qualitat i segura a les persones amb ostomies que atenen.

Ambdós hospitals, comptem amb consultes externes amb professionals formats amb els coneixements, per atendre les necessitats dels pacients ostomitzats.

Els professionals d'infermera que formen part de l'equip que treballa en aquestes consultes ofereix la seva gran experiència i coneixements com professionals infermers especialitzats com estomaterapeutes durant tot el procés d'atenció al pacient ostomitzat, en el preoperatori, postoperatori i donant suport continu un cop són donats d'alta de l'hospital.

Els objectius i la finalitat d'aquests professionals són:

- Fusionar tot el procés de cures del pacient ostomitzat, afavorint la continuïtat assistencial d'aquest.
- Facilitar al pacient el suport psicològic necessari per afrontar la situació.
- Dur a terme l'educació sanitària necessària, perquè el pacient sigui capaç de realitzar el seu propi autocuidatge.
- Realitzar prevenció i oferir cuidatges per afrontar possibles complicacions de l'estoma
- Atenció telefònica al pacient i família en tot moment.

## **7.2. Instruments de valoració de la intervenció**

Els instruments de valoració utilitzats en l'intervenció són qüestionaris autoadministrats, que el pacient pot emplenar, pràcticament sense ajuda. En cas, de que els pacients requereixin ajuda, els professionals d'infermeria que participen en la intervenció, seran els responsables de resoldre dubtes.

A continuació, es descriuen els qüestionaris utilitzats en la intervenció:

#### **Qüestionaris d'avaluació de coneixements**

El programa inclou l'avaluació dels coneixements sobre la nutrició i el maneig i autocuidatge de la ostomia abans i després de la realització del mateix. Per avaluar-ho s'utilitzaran dos instruments: El primer, l'hauran d'omplir abans d'iniciar el programa i es tracta d'un qüestionari-pre-intervenció per avaluar els coneixements inicials dels participants (**Annex VI**). El segon es passarà al finalitzar el programa, per avaluar el procés d'aprenentatge i les habilitats en les tècniques d'automaneig que realment han aconseguit, i per tant, podrem avaluar si ha estat efectiu o no (**Annex VII**).

#### **Qüestionari de satisfacció per a participants i professionals**

Es facilitarà als participats un qüestionari d'avaluació al final del programa (**Annex IX**), d'elaboració pròpia. Aquest estarà format per 8 preguntes tancades amb resposta tipus Likert. L'objectiu d'aquest qüestionari es poder avaluar la satisfacció dels participants en la intervenció i la utilitat de programa pel que fa al augment de coneixement sobre nutrició i dispositius terapèutics abans de la intervenció i en el postoperatori immediat. També s'ha elaborat un qüestionari per valorar el desenvolupament de cada sessió, que serà omplert pels professionals que han participat en cada sessió (**Annex X**).

#### **Qüestionari Montreaux (51,52):**

Segons la literatura científica consultada, existeixen una varietat d'instruments genèrics per mesurar la qualitat de vida dels pacients ostomitzats, però en aquest treball sol s'utilitzarà el qüestionari Montreaux.

Aquest qüestionari, va ser validat a França i Anglaterra, traduït en diferents llengües i utilitzat en 16 països europeus, entre ells Espanya, en més de 4000 pacients ostomitzats.

El qüestionari (**Annex VIII**) es basa en una escala de tipus Likert de 5 valors i recopila informació d'una sèrie de dimensions vinculades amb la qualitat de vida i disposades en tres seccions:

- **Secció 1:** Autosuficiència, relacionada amb les cures de l'estoma.
- **Secció 2:** Qualitat de vida; benestar físic, benestar psicològic, imatge corporal, activitat sexual, nutrició, preocupacions socials i maneig de dispositius.
- **Secció 3:** Qüestions generals, en relació amb l'acceptació de l'estoma i les relacions familiars.

### 7.3. Fases de la intervenció

Tot seguit es planteja una intervenció, consistent en un programa d'educació sanitària dirigit a pacients portadors d'ileostomia, familiars i cuidadors principals per tal d'augmentar els coneixements pel que fa a l'autocuidatge de l'ostomia, alimentació i reduir les complicacions.

El projecte d'intervenció està plantejat a nivell grupal, tot i les limitacions que comporta aquest enfocament, ja que, no s'efectuen diàriament ostomies i és poc probable que en un període curt de temps coincideixin dos pacients ileostomitats. Per tant, davant d'aquesta limitació de no poder realitzar una sessió preoperatoria grupal, és contempla la idea de realitzar les sessions a nivell individual, ja que els objectius del projecte, no canvien si les sessions no és poden realitzar en forma de grup.

#### 7.3.1. Fase pre-intervenció

- Presentar el projecte d'intervenció a la direcció d'ambdós centres hospitalaris HUAV i HUSM.
- Obtenir l'autorització per dur a terme el programa en ambdós hospitals.
- Oferir la possibilitat de col·laboració i/o participació activa al programa de les diferents cases comercials (Coloplast, Convatec, Hollister...)

- Demanar la col·laboració als professionals d'infermeria de consultes externes d'ostomies, que participaran en el programa, de manera voluntària.
- Preparació del material (elaborar i imprimir):
  - Carta informativa sobre el programa (**Annex IV**)
  - Consentiment informat (**Annex V**)
  - Qüestionaris d'avaluació de coneixements pre i post (**Annex VI, Annex VII**)
  - Qüestionari de Montreaux (**Annex VIII**)
  - Qüestionari de satisfacció participants i professionals (**Annex IX**)
  - Qüestionari d'avaluació del programa per als professionals que l'imparteixen (**Annex X**)
  - Tríptics i pòsters informatius (**Annex XI, XII, XIII, XIV, XV**)
  - Material de suport
  - Dispositius terapèutics de mostra
- Escollir les sales on es duran a terme les sessions del programa.

### 7.3.2. Fase intervenció

- **Captar pacients:**

Durant les visites preoperatòries programades a consultes externes d'ostomies, es valoraran els possibles candidats. Els participants seran escollits per l'infermera responsable de consultes externes d'ostomies d'ambdós hospitals que, a través de la base de dades de la consulta, escollirà aquells pacients que compleixin amb els criteris d'inclusió, i els explicarà l'existència del programa i els oferirà la possibilitat de participar-hi.

- **Carta informativa sobre el programa (*Annex IV*) i consegüent signatura del Consentiment Informat (*Annex V*) per part del pacient.**
- **Desenvolupament de les sessions:**
  - **Sessió 1:** “M’han diagnòstica un càncer Colorrectal i em practicarán una Ileostomia”
  - **Sessió 2:** “Viure amb una ostomia, cuidatges i dispositius terapèutics”
  - **Sessió 3:** “La importància de la nutrició i consells nutricionals”
  - **Sessió 4:** “Les complicacions més freqüents en ileostomies: Primer les tens que conèixer”

#### **7.3.3. Fase post-intervenció**

Després de la fase d'intervenció, es durà a terme l' anàlisi de dades obtingudes; i extracció de conclusions (explicat en aquest treball a l'apartat 9, "Avaluació de la intervenció ").

#### **7.4. Cronograma de la intervenció**

El programa tindrà una durada de 5 mesos, el projecte d'intervenció es divideix en 2 sessions una en el preoperatori i una altra en el postoperatori immediat i la resta de sessions seran programades. En el cronograma és pot visualitzar la programació de les 4 sessions d'educació sanitària per a pacients ileostomitats, aquestes és durant a terme un cop al mes, en els dies establerts en el cronograma (*Annex II*).



## **7.5. Desenvolupament de les sessions**

### **➤ Sessió en el preoperatori (Individual)**

Abans de ser intervinguts, és duu a terme la primera sessió a consultes d'ostomies. Veure Taula 6.

En aquesta visita, el pacient i els familiars, ja han estat informats per al cirurgià de la tècnica quirúrgica prevista, així com de la possibilitat de que sigui necessari realitzar un estoma.

Aquesta primera visita preoperatoria, la duu a terme una infermera estomatoterapeuta. Aquesta sessió, té una durada de 75 min.

L'objectiu d'aquesta sessió és oferir informació general al pacient i familiars, sobre la tècnica quirúrgica prevista, de què és un estoma, quines característiques té, a més a més, s'aprofita per fer el marcatge de l'estoma.

L'infermera finalment acaba oferint el seu suport i aclareix i resol dubtes tant del pacient com dels familiars, per tal de que aquests estiguin conscienciats i puguin acceptar-ho de la millor manera.

### **➤ Sessió en el postoperatori immediat ( Individual)**

Un cop el pacient ha estat intervingut, és duu a terme la segona sessió que l'imparteix la infermera estomatoterapeuta. Aquesta sessió, correspon al postoperatori immediat. Veure taula 7.

En aquesta sessió, el pacient i familiar/cuidador principal es traslladen a la unitat d'ostomies del hospital i es reuneixen amb l'infermera qui els donarà unes nocions generals, de les cures que ha de tenir amb l'estoma, de com ha de realitzar l'higiene, del maneig dels dispositius terapèutics, per tal de que el pacient i familiar/cuidador principal puguin ser donats d'alta amb unes nocions bàsiques dels cuidatges i dispositius terapèutics.

## ➤ SESSIÓ 1: Individual

Sessió 1 i 2 serà individual, a la consulta d'ostomies, amb la infermera estomatoterapeuta, pacient i familiar/cuidador principal.

**Taula 6:** Resum sessió 1: "M'han diagnosticat un càncer colorrectal i em practicaran una ostomia"

<b>LLOC</b>	Consulta d'ostomies del HUAV o HUSM
<b>HORARI</b>	La sessió s'impartirà de 11:45 a 13:00h
<b>DOCENT</b>	Infermers estomaterapeutes de HUAV i HUSM
<b>OBJECTIUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presentar els professionals d'infermeria que duran a terme el programa i informar del programa complet.</li> <li>– Avaluar la qualitat de vida abans de la intervenció</li> <li>– Augmentar els coneixements d'una ileostomia i formació d'un estoma.</li> <li>– Avaluar els coneixements que tenen els pacients sobre l'estoma, higiene i cura, col·locació i retirada dels dispositius de recol·lecció, nutrició i complicacions.</li> </ul>
<b>RECURSOS MATERIALS</b>	Pissarra i projector de diapositives PowerPoint, qüestionari d'avaluació de coneixements pre-intervenció ( <b>Annex VI</b> ) i tríptic informatiu ( <b>Annex XI</b> ), cronograma del programa ( <b>Annex III</b> ) i qüestionari Montreaux ( <b>Annex VIII</b> ).
<b>TÈCNIQUES UTILITZADES</b>	Tècnica de presentació, exposició oral i Feedback
<b>ACTIVITATS</b>	<p>La sessió comença amb la presentació, presentació de la infermera i del pacient i familiar/cuidador que l'acompanya.</p> <p>Seguidament passarem el qüestionari d'avaluació de coneixements generals pre-intervenció (<b>Annex VI</b>) (15'), que ens servirà per saber el nivell de coneixements de cada pacient, per tal de poder tenir una valoració inicial del programa.</p> <p>Acabada la primera part, és passarà un PowerPoint (30'), explicant els tipus d'ostomies que existeixen, accentuant la ileostomia i les característiques d'aquesta.</p> <p>Per últim (30'), els participants podran fer preguntes i aquestes seran contestades pels professionals i se'ls lliurarà un tríptic resum de la sessió (<b>Annex XI</b>) i se'ls demanarà que omplin el qüestionari de qualitat de vida (<b>Annex VIII</b>).</p>

*Taula d'elaboració pròpia*

➤ **SESSIÓ 2: Individual**

**Taula 7:** Resum sessió 2: “Viure amb una Ostomia, Cuidatges i dispositius terapèutics”

<b>LLOC</b>	Consulta d'ostomies del HUSM o HUAV
<b>HORARI</b>	La sessió s'impartirà de 12:00 a 13:00h
<b>DOCENT</b>	Infermers estomaterapeutes de HUAV i HUSM
<b>OBJECTIUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Augmentar els coneixements dels pacients sobre com dur a terme l' higiene de l'estoma, col·locació i retirada del dispositiu correctament.</li> </ul>
<b>RECURSOS MATERIALS</b>	Pissarra i projector de diapositives PowerPoint, varietat de dispositius terapèutics de diferents marques comercials i accessoris i butlletí resum dels dispositius ( <b>Annex XII</b> ) i dels passos a seguir en la higiene i col·locació i retirada dels dispositius ( <b>Annex XIII</b> ).
<b>TÈCNIQUES UTILITZADES</b>	Tècnica de presentació del grup, exposició oral, demostració i simulació i Feedback
<b>ACTIVITATS</b>	<p>La sessió comença amb una breu introducció del que es pretén aconseguir amb aquesta sessió (5').</p> <p>En la primera part (15'), és passarà un PowerPoint molt visual, explicant els diferents tipus de dispositius, elecció i idoneïtat en cada cas, col·locació i retirada del dispositiu, higiene i cura de l'estoma.</p> <p>Després es passarà un vídeo “Guia para pacientes con estomas” de l'hospital San Juan de Dios del Aljarafe (53) per a que els pacients visualitzin els procediments de cura i higiene i recanvi de dispositius terapèutics (10').</p> <p>En la segona part, l'activitat es complementa amb l'exposició dels diferents tipus de dispositius perquè el pacient i familiars/cuidador principal en puguin veure les diferències i puguin interactuar amb els dispositius.</p> <p>Per donar suport a l'exposició, se'ls lliura un pòster resum dels dispositius i dels passos a seguir en la higiene i recanvi d'aquest (15') (<b>Annex XII, XIII</b>).</p> <p>Per últim (15'), els participants podran fer preguntes i els professionals solucionaran dubtes.</p>

*Taula d' elaboració pròpia*

### ➤ **SESSIÓ 3: Grupal**

La sessió 3 i 4, serà una sessió grupal on poden coincidir diversos pacients, alguns d'ells ja experts.

**Taula 8:** Resum sessió 3: “La importància de la nutrició i consells nutricionals”

<b>LLOC</b>	Aula de formació del HUAV
<b>HORARI</b>	La sessió s'impartirà de 11:00 a 12:30h
<b>DOCENT</b>	Infermers estomaterapeutes de HUAV i HUSM
<b>OBJECTIUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Augmentar els coneixements sobre l' importància de dur a terme una nutrició adequada, per tal d'evitar el restrenyiment, la diarrea, els gasos i la mala olor amb una ileostomia.</li> </ul>
<b>RECURSOS MATERIALS</b>	Pissarra i projector de diapositives PowerPoint i pòster resum “Consells nutricionals per pacients amb ileostomia” .
<b>TÈCNiques UTILITZADES</b>	Tècnica de presentació del grup, exposició oral i feedback
<b>ACTIVITATS</b>	<p>La sessió comença amb la presentació dels professionals i participants del grup, acte seguit es fa una breu introducció del que es pretén aconseguir en aquesta sessió (15').</p> <p>En la primera part (45'), és passarà un PowerPoint molt visual, explicant els diferents tipus d'aliments recomanats, segons les deficiències pròpies i problemes (gasos, olor, diarrea, restrenyiment i deshidratació).</p> <p>El que es pretén amb aquesta sessió és reforçar quatre conceptes generals sobre la nutrició en pacients ileostomitzats com: reposar líquids fora de les ingestes, evitar la fibra, disminuir el ritme deposicional, entre d'altres.</p> <p>La sessió es complementa amb l'exposició d'un pòster resum sobre consells nutricionals (15') (<b>Annex XIV</b>).</p> <p>Per últim (15'), els participants podran fer feedback amb els professionals.</p>

*Taula d'elaboració pròpia*

➤ **SESSIÓ 4: Grupal**

**Taula 9:** Resum sessió 4: "Les complicacions més freqüents en ileostomies:  
Primer les tens que conèixer

<b>LLOC</b>	Aula de formació del HUSM
<b>HORARI</b>	La sessió s'impartirà de 11:00 a 13:00h
<b>DOCENT</b>	Infermers estomaterapeutes de HUAV i HUSM
<b>OBJECTIUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conèixer les complicacions de les ileostomies, la seva prevenció i reconèixer els signes d'alerta.</li> <li>– Avaluar els coneixements adquirits post-intervenció.</li> <li>– Conèixer el grau de satisfacció i avaluar la qualitat de vida dels participants després de realitzar la intervenció.</li> </ul>
<b>RECURSOS MATERIALS</b>	Pissarra i projector de diapositives PowerPoint, qüestionari d'avaluació post-intervenció ( <b>Annex VII</b> ), Qüestionari de satisfacció ( <b>Annex IX</b> ) i qüestionari Montreaux ( <b>Annex VIII</b> ) i tríptic resum complicacions ( <b>Annex XV</b> )
<b>TÈCNIQUES UTILITZADES</b>	Tècnica de presentació del grup, exposició oral, demostració i simulació i pluja d'idees
<b>ACTIVITATS</b>	<p>La sessió comença amb la presentació dels professionals, qui faran una breu introducció del que es pretén aconseguir amb aquesta sessió (15').</p> <p>En la primera part (45'), és passarà un PowerPoint molt visual, explicant els tipus de complicacions que poden aparèixer durant el postoperatori immediat i a llarg termini, a nivell nutricional i complicacions perieostomals.</p> <p>Després d'explicar cada complicació es farà feedback sobre complicacions amb els pacients i és lliurarà el tríptic resum de complicacions (<b>Annex XV</b>) (15')</p> <p>Per últim (30'), se'ls passarà un qüestionari d'avaluació dels continguts post-intervenció (<b>Annex VII</b>), el qüestionari de satisfacció als participant (<b>Annex IX</b>) i el qüestionari de qualitat de vida (<b>Annex XIII</b>). Avaluació del projecte per part dels professionals (<b>Annex X</b>).</p>

*Taula d'elaboració pròpia*

## 7.6. Viabilitat de la intervenció

### 7.6.1. Recursos necessaris

Prèviament a la intervenció, serà necessària també la preparació del material que posteriorment s'utilitzarà. S'ha de tenir en compte que els costos que es plantejaran a continuació són orientatius i que alhora de dur a terme el programa d'intervenció aquests poden variar.

A continuació, en la Taula 14, podem trobar un quadre resum orientatiu, dels recursos necessaris i costos orientatius:

**Taula 10:** Recursos materials necessaris i cost orientatiu.

<b>Recursos necessaris</b>	<b>Cost estàndard</b>
Models de dispositius terapèutics, cedits per les diferents marques comercials que participen en el projecte ( bosses, pegats, etc)	0 €
Elaboració i impressió del Consentiment informat, butlletins informatius i qüestionaris.	300 €
Remuneració dels professionals que imparteixin les sessions del programa (Les sessions s'imparteixen en horari laboral)	0 €
Despeses del professional encarregat en la gestió de les dades i del posterior anàlisi de bioestadística	300 €
Esdeveniments per a la difusió de resultats de l'estudi (pòsters, assistència a congressos, articles científics, etc	1.000 €
	<b>TOTAL = 1.600 €</b>

*Taula d'elaboració pròpia*

### 7.6.2. Tècniques utilitzades

- **Tècnica de presentació del grup. Acollida.**

Recepció dels pacients. Es presenta a la infermera responsable del programa i es demana a les participants que es presentin.

- **Feedback.**

Es tracta de formular preguntes obertes i sobre un tema en concret, contestar-les i solucionar dubtes dels participants.

- **Exposició oral.**

És la part més teòrica de les sessions i es tracta d'aportar el contingut del taller oralment i amb el suport de les diapositives PowerPoint. Per evitar la passivitat dels participants es fomentarà la participació activa realitzant preguntes durant l'explicació teòrica i s'utilitzaran diapositives visuals.

- **Demostració i simulació.**

Consisteix en explicar i al mateix temps realitzar una determinada habilitat. Després es demana als participants que la duguin a terme mentre el professional d'infermeria supervisa la seva realització.

## 8. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

### Principis ètics

Per dur a terme aquesta intervenció al HUSM i HUAV, en primer lloc es necessitarà l'autorització de la direcció dels hospitals per realitzar el programa. Es parlarà amb el director de cada centre respectivament i se li presentarà la intervenció que es pretén realitzar.

Un cop obtinguda l'autorització, i un cop reclutats els pacients que voluntàriament decideixin participar en el programa, se'ls hi demanarà que firmin un consentiment informat (**Annex V**) on accepten la participació a les activitats a realitzar durant tot el programa d'intervenció.

Com reflexa l'Article 7 del Codi Deontològic d'Infermeria Espanyola (54–56):

*El consentiment del pacient, en l'exercici lliure de la professió, ha de ser obtingut sempre, prèviament, davant qualsevol intervenció de infermeria. I ho faran en reconeixement del dret moral que cada persona té a participar lliurement.*

La informació adquirida de cada participant serà sempre de caràcter confidencial i no es farà pública cap dada que pugui ocasionar la pèrdua de la seva intimitat, tenint en compte en tot moment **la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal**, l'objectiu de la qual és garantir i protegir les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones, especialment el seu honor, intimitat i privacitat personal i familiar (54–56).

Finalment, en quant a l'aplicació de la bioètica infermera al programa, s'aplicaran els quatre principis bioètics següents (54–56):

- **Beneficència**: Es basa en la necessitat de no fer el mal, prevenir-lo i eliminar-lo, de sempre fer el bé. El personal d'infermeria ha de ser capaç de comprendre al pacient. Les activitats que es duren a terme estan orientades a produir beneficis en matèria de salut i prevenir malalties, així com a minimitzar riscos.



- **Autonomia**: Respectar la capacitat que té la persona de prendre les seves pròpies decisions en relació amb la seva malaltia. Això implica tenir informació de les conseqüències de les accions a realitzar. El manteniment de l'autonomia del pacient suposa considerar-lo capaç per a la presa de decisions; per això és necessari establir una relació interpersonal sense coacció, ni persuasió, on prevalguin la informació, els dubtes i la consideració dels aspectes de la seva vida quotidiana. Així mateix, cada pacient serà informat del programa i de les activitats, i donarà el seu consentiment de manera completament autònoma i estaran en tot el seu dret d'abandonar el programa, si ells ho desitgen.
- **Justícia**: Es basa precisament en atendre primer al més necessitat. Exigeix tractar a totes les persones per igual, sense discriminacions de raça, ètnia, edat, nivell econòmic o escolaritat. Fent l'ús racional dels recursos materials. Els participants seran escollits sense cap tipus de discriminació, tenint tots la mateixa igualtat d'accés als recursos i seran tractats d'igual manera.
- **No maleficència**: Es basa en l'obligació de no ocasionar dany de manera intencionada. Aquest principi, compromet als professionals. A realitzar activitats que no puguin causar-los-hi dany als participants.

### **Comitè d'ètica**

Es indispensable que un CEIC avaluï el programa, per tal d'assegurar que es protegeix la dignitat, els drets, la seguretat i el benestar dels participants en la intervenció.

Aquest comitè, que rep el nom de "CEIC Hospital Universitari Arnau de Vilanova ", abasta tots els centres sanitaris de la província de Lleida.

Per tot l'anomena't anteriorment, aquest programa d'intervenció es lliurarà al CEIC de l'HUAV, per a la seva aprovació per la seva futura implantació (57).

## 9. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ

Si el projecte és dugués a terme, un cop finalitzat el programa, s'avaluaria la seva efectivitat mitjançant indicadors que mesurarien si els objectius plantejats en el programa s'han complert.

Per avaluar globalment el programa s'han valorat 3 àrees diferents:

### 1. Organització i estructura del programa:

Al finalitzar la intervenció, l'últim dia es facilitarà un qüestionari de satisfacció als participants per avaluar, qualitativament, el grau de satisfacció amb l'organització i estructuració del programa educatiu per tal de, poder-lo millorar per futures intervencions.

En aquest qüestionari es demanarà als participants que classifiquin els 8 ítems proposats mitjançant l'escala Likert de 5 punts, que varia d'1 (Molt d'acord) a 5 (Molt desacord), juntament amb una opció lliure d'observacions (**Annex IX**). Amb l'ajuda d'aquest instrument es determinarà: Les actituds dels participants vers el programa, la satisfacció amb la dinàmica del programa en general (temàtica) i la satisfacció amb les activitats (recursos, horaris, comoditat, etc).

### 2. Desenvolupament de les sessions:

Les sessions seran avaluades mitjançant l'observació i el criteri dels professionals estomaterapeutes que l'han impartit, amb la finalitat de percebre els punts forts i dèbils del programa per plantejar possibles propostes de millora de la intervenció. L'avaluació serà realitzada al finalitzar cada sessió, a través d'un petit qüestionari (**Annex X**), que consta de 5 preguntes obertes i tipus test sobre els aspectes següents: ambient percebut, grau de participació dels participants, distribució del temps i recursos, problemes que han sorgit durant les sessions i propostes de millora.

### 3. Resultats de la intervenció educativa:

El programa inclou l'avaluació dels coneixements que tenen els pacients sobre l'estoma, higiene i cura, col·locació i retirada dels dispositius de recol·lecció, nutrició i complicacions. L'objectiu final de l'estudi és conèixer l'efectivitat d'un projecte d'intervenció d'educació sanitària dirigit a pacients portadors d'ileostomia per tal de millorar la capacitat d'autocuidatge, alimentació i reduir les complicacions en el postoperatori.

Per avaluar la intervenció educativa i l'èxit de la seva implantació s'han desenvolupat dos qüestionaris per avaluar els coneixements i percepcions adquirides abans i després de la intervenció. Es repartirà als participants el primer qüestionari preintervenció (**Annex VI**) a l'inici del programa i un segon qüestionari post intervenció (**Annex VII**), al finalitzar l'última sessió. A més a més, és passarà el qüestionari Montreaux de qualitat de vida (**Annex VIII**), per valorar-ne el resultat abans i després de la participació al programa.

Els qüestionari d'avaluació de coneixements inclouen un format d'identificació que permet que l'enquesta sigui anònima, però que els investigadors puguin utilitzar per observar els resultats; mitjançant el codi alfanumèric. L'enquesta ha estat elaborada mitjançant la classificació i lectura dels articles, utilitzant variables i continguts que s'assemblin als de la intervenció.

## 10. DISCUSSIÓ DE LA INTERVENCIÓ

La revisió dels diferents estudis elaborats en els últims anys, afirma que els pacients ostomitzats requereixen un tractament individual, i que la planificació d'intervencions educatives pre i postoperatories a càrrec del personal infermer comporta beneficis no només per als pacients sinó també per als sistemes sanitaris, sense que la seva implementació suposi despeses addicionals (2,4,43,58,59,48). També corroboren que l'educació i assessorament que rep el pacient en la fase preoperatoria i postoperatoria contribueix a reduir el retard de l'alta hospitalària fins que el pacient pugui ser capaç de tenir autocura del seu estoma.

Per una altra banda, l'evidència mostra que hi ha publicats pocs estudis sobre recomanacions dietètiques o restriccions per a persones ostomitzades, tot i que les restriccions dietètiques són recomanades en la literatura; malgrat això, pocs estudis estudien els efectes de la dieta. A més a més, totes les referències bibliogràfiques esmenten i coincideixen en l'importància del marcatge de l'estoma i l'educació rebuda en el maneig de l'ostomia, ja que d'aquesta manera es podran prevenir possibles complicacions en un futur pròxim (2,4,43,58,59,48).

Els articles consultats, mostren que són molts els mètodes educatius utilitzats en els diferents estudis realitzats d'educació sanitària al pacient ostomitzat. En aquest projecte, es proposa una intervenció educativa durant un període de temps d'uns 5 mesos, ja que s'ha demostrat que els pacients als que es van realitzar un programa d'educació sanitària estructurada, oferint suport i informació en el pre i post operatori, mostraven un alt grau de satisfacció i eren capaços d'assolir els coneixements oferts ens els programes d'intervenció (2,4,43,58,59,48).

D'altra banda, les activitats i mètodes utilitzats s'han elaborat mitjançant la recerca d'evidència, la qual ha demostrat que una intervenció educativa didàctica que promogui l'aprenentatge teoric-pràctic tant dels pacients com dels seus familiars, reforçant la motivació, les habilitats personals i l'autoestima millora el resultat de l'aprenentatge (2,43,58,60,48,61).

Pel que fa, als mètodes d'avaluació, els més comuns utilitzats són els qüestionaris pre/post intervenció.

Un dels aspectes favorables, si el programa educatiu es portes a terme a la regió de Lleida, és el fet que actualment, en el marc del projecte BPSO®, l'HUAV i l'HUSM i la FIF-UdL es troben en procés d'adaptar diverses GBP realitzades originalment a la RNAO una de les quals és la guia "Cura i maneig de l'ostomia", el que suposaria que la intervenció educativa plantejada i els resultats obtinguts de la mateixa un cop avaluada, podrien ser útils per actualitzar algun dels apartats d'aquesta guia.

Algunes de les limitacions, del projecte d'intervenció elaborat, serien no reunir la mostra de participants per poder realitzar la intervenció en grup i la pèrdua d'usuaris, ja que el projecte educatiu dissenyat té una durada d'uns 5 mesos, i en aquest període de temps es poden donar tot tipus de pèrdues dels participants, per motius com la discontinuïtat en l'assistència per falta de motivació i interès, ingressos hospitalaris i complicacions.

Com a proposta de millora del projecte, seria incloure la figura del pacient expert, ja que segons la literatura consultada, el fet que altres Programes de Pacient Expert Catalunya hagin reportat bons resultats (62), fa pensar que la figura del pacient expert ostomitizat també obtindria bons resultats, és a dir, que les sessions les impartissin, tant infermeres estomatoterapeutes com pacients ostomitizats prèviament formats amb la millor evidència científica.

La intervenció plantejada, esta basada en la literatura científica, i aquesta proposa establir un programa d'educació sanitària dirigit a pacients portadors d'ileostomia per tal de conèixer-ne l'efectivitat i l'augment de coneixements, per tal de millorar la capacitat d'autocuidatge, alimentació i reduir les complicacions en el postoperatori. Totes les activitats proposades al programa constitueixen els pilars fonamentals per oferir suport i formació als participats per al maneig del seu futur estoma.

## 11. CONCLUSIONS

Amb la intervenció plantejada, és vol recalcar l'importància de l'educació sanitària com a eina fonamental perquè els pacients ostomitzats adquireixin coneixements i els puguin aplicar al seu dia a dia per tal d'evitar complicacions i s'adaptin ràpidament a una nova vida.

L'evidència demostra, que el pacient ostomitzat rep un impacte psicològic important, un cop ha estat intervingut. Per això, és important el paper dels professionals estomaterapeutes durant tot el procés.

El seguiment en el postoperatori d'aquests pacients, té com a objectiu assegurar la millor qualitat de vida en tots els aspectes de la seva vida diària. Es pretén aconseguir que siguin autònoms per a la realització de les seves pròpies cures, i que comptin amb els coneixement necessari sobre les possibles complicacions de l'estoma. En aquest seguiment es presta una atenció individualitzada, adaptada a les necessitats del pacient, i es realitzen sessions educatives en què es tracten temes com la higiene, el canvi de dispositius, la disfunció sexual i l'acceptació de la nova imatge corporal.

El que més m'ha impactat en la realització d'aquest treball, és la quantitat de guies, protocols i associacions que existeixen i els pocs estudis, que valorin l'efectivitat de programes educatius.

La majoria de problemes que presenten els pacients és amb el maneig i cura de l'estoma i en abordar i actuar davant de complicacions, pel que fa a les complicacions nutricionals, hi ha molts pocs estudis.

No s'han pogut obtenir unes conclusions que recullin els resultats, que determinen si el programa ha estat efectiu i si ha complert amb els objectius proposats, atès que aquest Programa d'Educació per a la Salut és un projecte que encara no s'ha dut a terme.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Institut Català d'Oncologia [Internet]. Espanya: ico.gencat.cat; n.d [nd; citat 14 Febrer 2018]. El càncer Colorrectal; [33 pantalles]. Disponible a: [http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/ciutadans/documents/arxius/el\\_cancer\\_colorrectal\\_se\\_puede\\_prevenir.pdf.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/ciutadans/documents/arxius/el_cancer_colorrectal_se_puede_prevenir.pdf.pdf)
2. Andrés Almendárez-Saavedra J, Landeros-López M, Hernández-Castañón MA, Galarza-Maya Y, Guerrero-Hernández MT, Andrés J, et al. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015;23(2):91-8. Disponible a: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim152f.pdf>
3. Merino Barreras RM, García López MP, Lavinia Popescu M. Percepción del usuario tras participar en la educación grupal aplicando la terapia del paciente activo. Estudio cualitativo. Rol de Enfermería. 2016; 39(9):44-48.
4. Martín Muñoz Begoña, Panduro Jiménez Rosa M<sup>a</sup>, Crespillo Díaz Yolanda, Rojas Suárez Lucía, González Navarro Silvia. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Index Enferm [Internet]. 2010 [citat 12 Abr 2018];19(2-3):115-119. Disponible a: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962010000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000200009&lng=es)
5. Institut Català d'Oncologia [Internet]. Espanya: ico.gencat.cat; n.d [nd; citat 14 Febrer 2018]. El càncer Colorrectal; [33 pantalles]. Disponible a: [http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/ciutadans/documents/arxius/el\\_cancer\\_colorrectal\\_se\\_puede\\_prevenir.pdf.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/ciutadans/documents/arxius/el_cancer_colorrectal_se_puede_prevenir.pdf.pdf)
6. Colwell JC, Gordon B. Ayudar al paciente a combatir el cáncer de colon. Nursing[Internet]. 2009 [Citat 15 Abr 2018]; 27(10):12-6. Recuperat de: <http://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538209706326-S300>
7. National Cancer Institute [Internet]. Espanya: cancer.gov; n.d [nd; citat 18 Febrer 2018]. El càncer de colon i recto; [55 pantalles]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes/colonyrecto.pdf>

8. Tapia E Oscar, Roa S Juan Carlos, Manterola D Carlos, Bellolio J Enrique. Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos. Int. J. Morphol. [Internet]. 2010 [citat 20 Abr 2018]; 28(2):393-398. Disponible a: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717950220100002000010&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717950220100002000010&lng=es)
9. Hano García Olga Marina, Wood Rodríguez Lisette, Galbán García Enrique, Abreu Vázquez María del Rosario. Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. Rev cubana med [Internet]. 2011 [Citat 20 Mar 2018]; 50(2):118-132. Disponible a: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475232011000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232011000200002&lng=es).
10. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Espanya: aecc.es; n.d [nd; citat 18 Febrer 2018]. Cáncer Colorrectal. Una guía práctica; [4 pantalles]. Disponible a: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-ano/documentos/guia-cancer-colorrectal.pdf>
11. Ministerio de salud Presidencia de la nacion [Internet]. Argentina: msal.gob.ar;n.d [nd; citat 18 Febrer 2018]. Programa nacional de prevención y detección temprana del cáncer colorrectal; [ 55 pantalles]. Disponible a: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000899cnt-2016-10-28-guia\\_ccr\\_aps.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000899cnt-2016-10-28-guia_ccr_aps.pdf)
12. Calva Arcos M, María D, Tirado TA. Revisión y actualización general en cáncer colorrectal. An Radio México [Internet]. 2009 [Citat el 20 Abr 2018];1:99-115. Disponible a: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091i.pdf>
13. Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Espanya: seom.org; n.d [nd; citat 20 Febrer 2018]. Las cifras del cáncer en España; [28 pantalles]. Disponible a: [https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Esp\\_2017.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf)
14. National Cancer Institute [Internet]. Espanya: cancer.gov; n.d [nd; citat 18 Febrer 2018]. Exámenes para detectar el cáncer colorrectal y los pólipos; [28 pantalles]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/hoja-informativa-deteccion>



15. American Society of Colon and Rectal surgeons [Internet]. Espanya: fascrs; n.d [nd; 28 citat Febrer 2018]. Exámenes para detectar el cáncer colorrectal y los pólipos; [10 pantalles]. Disponible a: <https://www.fascrs.org/cirugia-laparoscopica>
16. United Ostomy Associations of America [Internet]. Espanya: ostomy.org; n.d[nd; 8 citat Març 2018]. Guia de ileostomia;[30 pantalles]. Disponible a: [https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/02/uoa\\_ileostomy\\_es.pdf](https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/02/uoa_ileostomy_es.pdf)
17. Grupo Nacional de Guías de buenas prácticas clínicas Cuidado y Manejo de la ostomia .Guía de Cuidado y Manejo de la ostomía. RNAO; 2009.  
[http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/BPG\\_Cuidado\\_y\\_manejo\\_de\\_la\\_Ostomia\\_-\\_Guia\\_de\\_buenas\\_practicas\\_en\\_enfermeria.pdf](http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf) (Últim accés 5 Maig 2018).
18. Grupo Nacional de Guía Educativa para personas ostomizadas. Guía Educativa para personas ostomizadas. Gobierno Vasco; 2015.  
[https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/huc\\_informacionpacientes/es\\_hcru/adjuntos/Gu%C3%ADa%20educativa%20para%20personas%20ostomizadas.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/huc_informacionpacientes/es_hcru/adjuntos/Gu%C3%ADa%20educativa%20para%20personas%20ostomizadas.pdf) ( Últim accés 5 de Maig 2018)
19. Charúa Guindic L. Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. Rev Med Hosp Gen Mex [Internet]. 2006 [Citat 20 Abr 2018];69(69):113-8. Disponible a: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062j.pdf>
20. Editorial Formación Alcalá [Internet]. Espanya: faeditorial.es; n.d [n.d; Citat 25 Abr 2018].Patología coloproctológica. Tipos de ostomías; [ 10 pantalles]. Disponible a: <https://www.faeditorial.es/capitulos/estomaterapia.pdf>
21. United Ostomy Associations of America Internet]. Espanya: ostomy.org; n.d [nd; 8 citat Abr 2018]. Guia de ileostomia; [30 pantalles]. Disponible a: [https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/02/uoa\\_ileostomy\\_es.pdf](https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/02/uoa_ileostomy_es.pdf)
22. Vázquez García M, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomias. Ediciones DAE. 2009. Disponible a: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/manual-de-cuidados-en-ostomias> (Últim accés 20 Abr 2018)
23. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. Rev Enfermería Comunitaria. 2017;5(4):35-48.

24. United Ostomy Associations of America Internet]. Espanya: ostomy.org;n.d [nd; 20 citat Abr 2018]. Guia de colostomia; [30 pantalles]. Disponible a: [https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/02/uoa\\_colostomy\\_esguid\\_e.pdf](https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/02/uoa_colostomy_esguid_e.pdf)
25. Ostomia profesional [Internet]. Espanya: ostomiaprofesional.com;n.d [n.d; 28 Abr 2018]. El marcaje; [3 pantalles]. Disponible a: <http://ostomiaprofesional.com/area-pacientes/voy-a-ser-intervenido/el-marcaje/>
26. Recio Medina, Francisco Javier; López Rodríguez, Luis. El marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponible a: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11285.pdf>
27. Mahjoubi B, Kiani Goodarzi K, Mohammad-Sadegui H. Quality of life in stoma patiens: appropriate and inappropriate stoma sites. World Journal of Surgery. 2010; 34(1): 147-52.
28. Tegido Valentí, Montserrat; Ripoll, Pilar Solé; Nebot Salabert, Sergi. Ubicación del estoma y autonomía del paciente. Enfermería Clínica. 2004;14(1): 41-45.
29. Junta de Andalucía [Internet]. Espanya:juntadeandalucia.es;n.d [n.d; citat 20 Abr 2018]. Consederaciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminacion; [8 pantalles]. Disponible a: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1409223301.pdf>
30. Aula DAE [Internet]. Espanya: auladae.com;n.d [n.d; Citat 20 Abr 2018]. 10 principales complicaciones de las ostomías digestivas; [32 pantalles]. Disponible a: <https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ostomias.pdf>
31. Facultad de medicina Universidad Finis Terrae [Internet]. Chile: medfinis.cl; n.d [n.d; Citat 20 Abr 2018]. Ileostomías y Colostomías; [ 8 pantalles]. Disponible a: <http://medfinis.cl/img/manuales/ostomias.pdf>
32. Manuel J, Sandoval H, Ivette D, Hernández M. Complicaciones de las enterostomías. Revisión de 267 estomas. [Internet] 2001 [Citat 20 Abr 2018]: (1):148-53. Disponible a: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2001/cg013c.pdf>

33. Campus ABACO [Internet]. Espanya: campusabaco.org;n.d [n.d; Citat 20 Abr 2018]. Módulo 3: Complicaciones de los estomas; [ 44 pantalles]. Disponible a: <http://campusabaco.org/pdf/Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf>
34. Fernández L, Leiro F, Labiano S, Cirugía D, Penna HJM. Complicaciones de Ileostomías y Colostomías de Protección en Cirugía por Cáncer de Recto. Rev argent coloproct [Internet] 2013 [Citat 20 Abr 2018]:24(2):78-84. Disponible a: [http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24\\_04/24\\_02\\_06.pdf](http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24_04/24_02_06.pdf)
35. Villafranca JJA, Abilés J, Moreno G, Goitia BT, Navarro PU, Adán NG. Ostomías de alto débito: Detección y abordaje. Nutr Hosp [Internet] 2014 [Citat 20 Abr 2018]: 30(6):1391-6. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v30n6/26originalotros03.pdf>
36. Alcaraz Castañeda G, Fernández Fernández P, Granados Pérez M, Pares Silva C, Casas Volta N, Iborra Obiols MI. Programa de educación terapéutica dirigido al paciente ostomizado. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016. [Citat 20 Abr 2018]: 23. Disponible a: <http://www.index-f.com/para/n23/002.php>
37. De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cir. Esp. [Internet]. 2014. [Citat 20 Abr 2018]; 92(3): 149-156. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estado-actual-prevencion-tratamiento-las-S0009739X13003667>
38. Pat Castillo Lucía, Espinosa Estevez Juan Manuel, del Pilar Sánchez Bautista María, Cruz Castañeda Otilia, Cano Garduño Marco Antonio, Rivas Juan Gabriel et al . Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomia. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2010 [Citat 20 Abr 2018]: 7(2): 9-14. Disponible a: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000200002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200002&lng=es)
40. Altuntas YE, Kement M, Gezen C, Eker HH, Sahin F, Oncel M. The role of group education on quality of life in patients with a stoma. European J. of Cancer Care [Internet] 2012 [Citat 25 Abr 2018]; 21(6):776-81. Disponible a: [https://www.researchgate.net/publication/225277534\\_Th](https://www.researchgate.net/publication/225277534_Th)

41. United Ostomy Associations of America [Internet]. Espanya: ostomy.org;n.d [nd; 20 citat Abr 2018]. Guia de Nutricion y Dieta; [15 pantalles]. Disponible a: [http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy\\_info/uoa\\_diet\\_nutrition\\_es.pdf?direct=1](http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/uoa_diet_nutrition_es.pdf?direct=1)
42. Gestió de Serveis Sanitaris. Hospitat Santa Maria [ Internet]. Espanya: gss.cat; n.d [n.d; Citat 25 Abr 2018]. Programa de centres compromesos amb l'excel·lència en cures (BPSO); [2 pantalles]. Disponible a: <http://www.gss.cat/ca/bpso>
43. Galindo SGG, Hernández MDCM. «Intervenciones de Enfermería y Nivel de Conocimiento en el Manejo Integral del Paciente Ostomizado». Jóvenes En La Cienc [Internet] 2015 [ Citat 25 Abr 2018];1(2):209-12. Disponible a: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/232/pdf1>
44. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017;5(4): 35-48.
45. Ballesteros Pomar MD, Vidal Casariego a. Síndrome de intestino corto: Definición, causas, adaptación intestinal y sobrecrecimiento bacteriano. Nutr Hosp [Internet] 2007 [Citat 25 Abr 2018]; 2(2):74-85. Disponible a: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112007000500010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000500010)
44. Floruta C V. Dietary choices of people with ostomies. J Wound, Ostomy Cont Nurs. 2001;28(1):28-31.
45. Akbulut G. Nutrition in Stoma Patients: A Practical View of Dietary Therapy. Int J Hematol Oncol [Internet]. 2011 [Citat 26 Abr 2018]; 21(1):61-6. Disponible a: [http://www.uhod.org/pdf/PDF\\_452.pdf](http://www.uhod.org/pdf/PDF_452.pdf)
46. Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. J Wound Ostomy Continence Nurs.2008;35: 596- 607.

47. Freitas CG, Medeiros LS De, Pinheiro L, Dantas M, Andrade M De, Costa RS, et al. Caracterización de ileostomizados atendidos en un servicio de referencia de ostomizados. *Enferm Glob* [Internet] 2017 [Citat 25 Abr 2018];1(46):1-12. Disponible a: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200001)
48. López R, Gonzalez M. La investigación cuasi experimental. *Psicologia uned Com*. 2008;11:1-7.
49. Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncologica [Internet]. Espanya: oncolliga.cat; n.d [n.d; Citat 26 Abr 2018]. Associació Catalana d'Ostomitzats. ACO-Oncolliga; [4 pàgines]. Disponible a: <http://www.oncolliga.cat/associacio-catalana-dostomitzats-oncolliga-aco/>
50. Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncologica [Internet]. Espanya: oncolliga.cat; n.d [n.d; Citat 26 Abr 2018]. Quí som?; [4 pàgines]. Disponible a: <http://www.oncolliga.cat/nosaltres/qui-som/>
51. Patrick Marquis MD, Alexia Marrel, Bernard Jambon MS. Quality of life in patients with stomas: The Montreaux Study. *Ostomy Wound Management* 2003; 49(2): 48-55.
52. Barbero Juarez FJ, Martín Cañete FJ, Galbis Valero V, García López J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. *Nure Investig* [Internet]. 2004 [Citat 26 Abr 2018]; 1(7):1-10. Disponible a: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/176>
53. Enfermería Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Guia para pacientes con estomas [Vídeo]. 18 de Novembre 2011. [Consutat el 25 de Abril de 2018] [9:49]. Disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=vfCbtSxyMyo&t=7s>
54. Liss L, Guillart M. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Rev Cuba Oftalmol* [Internet]. 2015 [Citat 26 Abr 2018]; 28(2):228-33. Disponible a: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762015000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009)
55. Codem. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Código Deontológico de Enfermería Española. 2012.
56. Espinosa J, Castillo A. Ética y bioética en el desempeño de la enfermería. *Rev Ciencias*. 2010;16(2):185–97.

57. Institut Català de la Salut.Hospital Arnau de Vilanova. Código ético. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. 2012;1–18. Disponible a: [http://www.icslleida.cat/webroot/files/revistes/codigo\\_etico\\_cast.pdf](http://www.icslleida.cat/webroot/files/revistes/codigo_etico_cast.pdf)
58. Cancio-López S, Coca C, Fernández-de Larrinoa I, Serrano-Gómez R, García-Goñi M, Davin-Durban I. Estudio: coste efectividad de la atención especializada en ostomía. Soc Española Enfermería Expert en Estomaterapia [Internet]. 2014 [Citat 26 Abr 2018];1-30. Disponible a: [http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs\\_revista/EstudioOstomias.pdf](http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/EstudioOstomias.pdf)
59. Medina R, Javier F, Rodríguez L, El L, Javier F, López L, et al. El marcaje del estoma y su repercusión en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías. Bibl Lascasas [Internet]. 2017 [Citat 26 Abr 2018];13. Disponible a: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/e11285.pdf>
60. Pulido Justicia R, Baraza Saz A. Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. Cult los Cuid. 2001;5(10):100-8.
61. Schreiber ML. Ostomies: Nursing Care and Management. Medsurg Nurs [Internet]. 2016 [Citat 26 Abr 2018]; 25(2):127-30. Recuperat de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=4ec044de-d2ca-4860-abe2-4e375788e873@sessionmgr120>
62. González-Mestre, Assumpció. Programa Pacient Expert Catalunya: una estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura. Barceloina: Departament de Salut; 2016.

## 13. ANNEXOS

### 13.1. ANNEX I: CRONOGRAMA DE LA REALITZACIÓ DEL TREBALL

Taula 11: Cronograma elaboració del treball

	OCT	NOV	DES	GEN	FEB	MAR	ABR	MAIG	JUN
<b>CERCA BIBLIOGRÀFICA</b>									
<b>SELECCIÓ DEL TEMA</b>									
<b>ELABORACIÓ DELS OBJECTIUS I MARC TEÒRIC</b>									
<b>PLANIFICACIÓ I AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ</b>									
<b>DISCUSSIÓ</b>									
<b>CONCLUSIONS</b>									
<b>ENTREGA DEL PROJECTE I PREPARACIÓ DE LA DEFENSA</b>									
<b>EXPOSICIÓ DEL PROJECTE</b>									

## 13.2. ANNEX II: CRONOGRAMA DEL PROJECTE D'INTERVENCIÓ

MES	SETMANA	DILL	DIM	DMC	DIJ	DIV	INTERVENCIÓ
ABRIL 2019	1 <sup>a</sup>						Presentació del programa a la direcció d'ambdós centres hospitalaris HUAV i HSM i CEIC
	2 <sup>a</sup>						Obtenir l'autorització per dur a terme el programa en ambdós hospitals i CEIC
	3 <sup>a</sup>						Oferir la possibilitat de col·laboració i/o participació activa al programa a l'empresa Coloplast, Hollister, Convatec...
	4 <sup>a</sup>						Captar professionals d'infermeria de consultes externes d'ostomies, que participaran en el programa, de manera voluntària
MAIG 2019	1 <sup>a</sup>						Preparació del material (elaborar i imprimir)
	2 <sup>a</sup>						<b>Sessió 1:</b> M'han diagnòstica un Càncer Colorrectal i em practican una lleostomia" Qüestionari pre-intervenció <b>PREOPERTATORI (individual)</b>
	3 <sup>a</sup>						
	4 <sup>a</sup>						
JUNY 2019	1 <sup>a</sup>						<b>Sessió 2:</b> "Viure amb una ostomia, cuidatges i dispositius terapèutics <b>POSTOPERTATORI IMMEDIAT (individual)</b>
	2 <sup>a</sup>						
	3 <sup>a</sup>						
	4 <sup>a</sup>						
JULIOL 2019	1 <sup>a</sup>						<b>Sessió 3:</b> "La importància de la nutrició i consells nutricionals <b>Grup</b>
	2 <sup>a</sup>						
	3 <sup>a</sup>						
	4 <sup>a</sup>						
AGOST 2019	1 <sup>a</sup>						<b>Sessió 4:</b> "Les complicacions més freqüents en ileostomies: Primer les tens que conèixer" Qüestionari post-intervenció <b>Grup</b>
	2 <sup>a</sup>						
	3 <sup>a</sup>						
	4 <sup>a</sup>						
SETEMBRE 2019	1 <sup>a</sup>						<b>EVALUACIÓ INTERVENCIÓ</b>
	2 <sup>a</sup>						
	3 <sup>a</sup>						
	4 <sup>a</sup>						



### 13.3. ANNEX III: CRONOGRAMA DEL PROGRAMA D'INTERVENCIÓ PER ALS PACIENTS

**PROJECTE  
D'INTERVENCIÓ  
SANITÀRIA A  
PACIENTS  
ILEOSTOMITZATS**

**SESSIÓ 1:  
M'HAN DIAGNÒSTICA UN CÀNCER  
COLORRECTAL I EM PRACTICARAN  
UNA ILEOSTOMIA**

Objectiu:

- ❖ Presentació dels professionals que duran a terme el programa.
- ❖ Informar del programa complet.
- ❖ Proporcionar informació sobre què és una ileostomia i les característiques d'un estoma.

**Lloc:** Consulta d'ostomies del HUAV o HUSM

**Horari:** de 11:45 a 13:00h

**SESSIÓ 2:  
VIURE AMB UNA OSTOMIA,  
CUIDATGES I DISPOSITIUS  
TERAPÈUTICS**

Objectiu:

- ❖ Proporcionar coneixements als pacients sobre com dur a terme l' higiene de l'estoma, col·locació i retirada dels dispositiu correctament.
- ❖ Mostrar la varietat de dispositius recol·lectors i accessoris ideals per al seu tipus d'estoma.

**Lloc:** Consulta d'ostomies del HUSM o HUAV

**Horari:** de 12:00 a 13:00h

Amb la col·laboració de :

**SESSIÓ 3:  
LA IMPORTÀNCIA DE LA  
NUTRICIÓ I CONSELLS  
NUTRICIONALS**

Objectiu:

- ❖ Proporcionar coneixements sobre l' importància de dur a terme una nutrició adequada, per tal d'evitar el restrenyiment, la diarrea, els gasos i la mala olor amb una ileostomia.

**Lloc:** Aula de formació del HUAV

**Horari:** de 11:00 a 12:30h

**SESSIÓ 4:  
LES COMPLICACIONS MÉS  
FREQUENTS EN ILEOSTOMIES:  
PRIMER LES HA DE CONÈIXER**

Objectiu:

- ❖ Conèixer les complicacions de les ileostomies i reconèixer els signes d'alerta

**Lloc:** Aula de formació del HUSM

**Horari:** 11:00 a 13:00h

*El nostre programa es basa en donar suport, informació i formació, amb l'objectiu principal de reduir les complicacions durant el postoperatori i augmentar els coneixements, en quan a nutrició, maneig i cures de l'estoma.*

*Podrà participar en tallers grupals en els quals podrà conèixer persones que comparteixen la mateixa situació i podrà donar i rebre consells i ajuda alhora que aprèn més sobre el seu estoma o futur estoma.*

Tríptics i butlletins informatius d'elaboració pròpia

#### 13.4. ANNEX IV: CARTA INFORMATIVA DEL PROGRAMA

Benvolgut/da senyor/a

Des de consultes externes d'Infermeria especialitzades en ostomies del HUAV i HUSM, tenim el plaer de dirigir-nos a vostè amb la finalitat de convidar-lo/la a participar en el primer Programa " Projecte d'intervenció sanitària a pacients ileostomitats" que es realitzarà a la ciutat de Lleida, des del Maig fins al Setembre del 2019.

El programa està destinat a oferir coneixements basats en l'evidència, per tenir curar de l'estoma, maneig de dispositius teràutics i nutrició per tal, de poder disminuir les complicacions en el postoperatori. Es compondrà de diferents activitats, dirigides a millorar i reforçar els coneixements sobre les ileostomies (característiques de l'estoma, cures, consells nutricionals, complicacions i com prevenir-les o actuar en la seva presència).

El programa es realitzarà els dilluns i dimecres en horari de matí o tarda, amb una durada de dues hores aproximadament, un dia a la setmana..

Es considera molt important la seva participació per al seu propi benefici i el dels seus iguals.

Sense més, saluda atentament:

*Equip assistencial HUAV i HUSM.*

Per a més informació, truqueu a Consultes externes d'ostomies del HUAV i HUSM.

*Elaboració pròpia*

### 13.5. ANNEX V: CONSENTIMENT INFORMAT

#### CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA PARTICIPACIÓ AL PROGRAMA

Jo, \_\_\_\_\_ (nom i cognoms)

- He llegit la carta informativa que se m'ha lliurat
- He pogut fer preguntes sobre el projecte d'intervenció
- He rebut suficient informació sobre l'estudi i s'han respost de forma satisfactòria les meves preguntes

Entenc que la meva participació és voluntària.

Entenc que puc retirar-me de l'estudi:

- Quan vulgui
- Sense haver de donar explicacions
- Sense que això repercuteixi en les meves cures mèdiques.

De conformitat amb el que estableix la L.O.P.D, Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal, declaro haver estat informat:

De l'existència d'un fitxer o tractament de dades de caràcter personal, de la finalitat de la seva recollida i dels destinataris de la informació, de la identitat i adreça del responsable del fitxer de dades. De la disponibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició dirigint-me per escrit al titular del fitxer de dades.

I dono el consentiment que les dades clíniques referents a la meva malaltia siguin emmagatzemades en un fitxer automatitzat, la informació del qual podrà ésser utilitzada exclusivament per finalitat científiques.

D'acord amb l'esmenta't anteriorment, dono conformitat a participar en el projecte.

Data

Firma del participant

### 13.6. ANNEX VI: QÜESTIONARI D'AVALUACIÓ DE CONEIXEMENTS PRE-INTERVENCIÓ

#### D'AVALUACIÓ DE CONEIXEMENTS PRE-INTERVENCIÓ

Codi alfanumèric: \_\_\_\_\_ (a emplenar per l'investigador)

Aquest qüestionari és anònim i les dades adquirides gràcies a ell seran utilitzades amb fins merament d'investigació.

#### I. Respongui el qüestionari d'informació bàsica:

❖ **Sexe:** ☐ Home ☐ Dona

❖ **Edat:**

❖ **Nivell educatiu:**

- ☐ Sense estudis
- ☐ Educació primària
- ☐ Educació secundària obligatòria (ESO o EGB)
- ☐ Educació intermitja (Batxillerat o COU)
- ☐ Estudis universitaris

#### II. Nivell de coneixements:

Respongui a les següents preguntes aplicant els vostres coneixements (marqueu la casella corresponent, en cas afirmatiu contesteu la pregunta):

**a. Sap quines són les causes més comunes de la realització d'una ileostomia?**

☐ Si ☐ No

Resposta:

**b. Sap quins processos de digestió queden afectats després de la realització de la ileostomia?**

☐ Si ☐ No

Resposta:

**c. Sap si la mida de l'estoma pot variar?**

☐ Si ☐ No

**d. Sap quina aparença ha de tenir un estoma sa?**

☐ Si ☐ No

Resposta:

**e. Sap quines característiques tenen les femtes d'una ileostomia?**

☐ Si ☐ No

Resposta:

**f. Coneix tres aliments que inhibeixin l'olor de les femtes en ileostomies?**

☐ Si ☐ No

Resposta:

**g. Coneix els dispositius i accessoris dels que disposa per a la cura del seu estoma?**

☐ Si ☐ No

Resposta:

**h. Sap què es necessita per a realitzar la higiene de l'estoma?**

☐ Si ☐ No

Resposta:

**i. Coneix les possibles complicacions que se'n poden derivar de la formació d'un estoma**

☐ Si ☐ No

Resposta:

*Enquesta d'elaboració pròpia*

## 13.7. ANNEX VII: QÜESTIONARI D'AVALUACIÓ DE CONEIXEMENTS POST-INTERVENCIÓ

### D'AVALUACIÓ DE CONEIXEMENTS PRE-INTERVENCIÓ

Codi alfanumèric: \_\_\_\_\_ (a emplenar per l'investigador)

Aquest qüestionari és anònim i les dades adquirides gràcies a ell seran utilitzades amb fins merament d'investigació.

#### III. Respongui el qüestionari d'informació bàsica:

❖ **Sexe:** ☐ Home ☐ Dona

❖ **Edat:**

❖ **Nivell educatiu:**

- ☐ Sense estudis
- ☐ Educació primària
- ☐ Educació secundària obligatòria (ESO o EGB)
- ☐ Educació intermitja (Batxillerat o COU)
- ☐ Estudis universitaris

#### IV. Nivell de coneixements:

Respongui a les següents preguntes aplicant els vostres coneixements (marqueu la casella corresponent, en cas afirmatiu contesteu la pregunta):

**a. Sap quines són les causes més comunes de la realització d'una ileostomia?**

☐ Si ☐ No

Resposta:

**b. Sap quins processos de digestió queden afectats després de la realització de la ileostomia?**

☐ Si ☐ No      Resposta:

**c. Sap si la mida de l'estoma pot variar?**

☐ Si ☐ No

**d. Sap quina aparença ha de tenir un estoma sa?**

☐ Si ☐ No      Resposta:

**e. Sap quines característiques tenen les femtes d'una ileostomia?**

☐ Si ☐ No      Resposta:

**f. Coneix tres aliments que inhibeixin l'olor de les femtes en ileostomies?**

☐ Si ☐ No      Resposta:

**g. Coneix els dispositius i accessoris dels que disposa per a la cura del seu estoma?**

☐ Si ☐ No      Resposta:

**h. Sap què es necessita per a realitzar la higiene de l'estoma?**

☐ Si ☐ No      Resposta:

**i. Coneix les possibles complicacions que se'n poden derivar de la formació d'un estoma**

☐ Si ☐ No      Resposta:

**j. Sap si s'ha d'anar a urgències si l'estoma no ha set productiu durant més de 6h?**

☐ Si ☐ No

*Enquesta d'elaboració pròpia*

## 13.8. ANNEX VIII: QÜESTIONARI D'AVALUACIÓ QUALITAT DE VIDA MONTREAU

### Sección 1: Calidad de vida

1. ¿Hasta que punto se encuentra fuerte?

Nada       Muchísimo

2. ¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente       Totalmente suficiente

3. ¿Se cansa fácilmente?

Nada       Muchísimo

4. ¿Cree que su peso actual es un problema?

Nada       Muchísimo

5. ¿Se siente preocupado (tiene temor o ansiedad) por su estoma?

Nada       Muchísimo

6. ¿Su actividad sexual es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente       Totalmente suficiente

7. ¿Cómo es su estado actual de salud?

Muy malo       Excelente

8. ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?

Nada fácil       Muy fácil

9. ¿Hasta que punto se lo pasa usted bien (aficiones, entretenimientos, vida social)?

Nada       Muchísimo

10. ¿Come a gusto?

Nada       Muchísimo

11. ¿Hasta que punto puede realizar sus actividades habituales (tareas domésticas, trabajo de oficina u otras actividades diarias)?

Nada       Mucho

12. ¿Come Vd. lo suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente       Totalmente suficiente

13. ¿Hasta que punto se siente útil?

Nada       Extremadamente útil

14. ¿Hasta que punto se siente Vd. feliz?

Nada       Muchísimo

15. ¿Hasta que punto encuentra su vida satisfactoria?

Nada       Extremadamente satisfactoria

16. ¿Hasta que punto nota Vd. dolor?

Nada       Insoportable

17. ¿Con qué frecuencia nota Vd. dolor?

Nunca       Continuamente



18. ¿Cómo es su calidad de vida?

Muy mala       Excelente

19. ¿Hasta qué punto tiene miedo de olores o pérdidas producidas por su estoma?

Nada       Muchísimo miedo

20. ¿Considera que la calidad y frecuencia de relación con sus amigos y familiares es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente       Del todo suficiente

21. ¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?

Nada       Muchísimo

22. ¿Hasta qué punto le resulta difícil mirarse el estoma?

Nada       Muchísimo

23. A pesar de mi ostomía, creo que llevo una vida normal

Totalmente de acuerdo       Totalmente en desacuerdo

## Sección 2: Autosuficiencia

Hasta qué punto se siente seguro para:

30. Limpiarse el estoma

Nada       Totalmente

31. Cambiar o utilizar su bolsa

Nada       Totalmente

32. Tirar su bolsa

Nada       Totalmente

33. Obtener sus bolsas de recambio

Nada       Totalmente

34. Conseguir consejo o ayuda en caso necesario

Nada       Totalmente

## Sección 3: Cuestiones generales

35. Hay veces en que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma

Nunca       Siempre

36. Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma

Totalmente de acuerdo       Totalmente en desacuerdo

37. Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma

Totalmente de acuerdo       Totalmente en desacuerdo

38. A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma

Nunca       Siempre

39. Mi familia y mis amigos son sensibles a mis necesidades personales

Nunca       Siempre

40. Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme

Nunca       Siempre

41. ¿Sigue Vd. viendo a una enfermero/a especializada en cuidados del estoma?

Sí ☐ No ☐

## 13.9. ANNEX IX: QÜESTIONARI DE SATISFACCIÓ PER ALS PARTICIPANTS DEL PROGRAMA

### Qüestionari de satisfacció per als participants del programa

Respongui els 8 ítems que li presentem a continuació. Marqui amb una creu la casella que consideris segons el seu grau d'acord amb les afirmacions següents:

Intervenció de l'estudi	Molt d'acord	D'acord	En desacord	Molt en desacord
1. Li ha agradat com s'ha desenvolupat el programa?				
2. Li han estat d'utilitat els temes tractats?				
3. S'ha trobat còmode amb la resta de participants?				
4. Creu que la persona responsable del programa ha sabut transmetre els continguts i ha fet amenes les activitats?				
5. Troba adequats els recursos utilitzats a cada sessió?				
6. Creu adequat l'horari de cada sessió i ubicació de les sessions?				
7. Recomanaria el programa a d'altres pacients o coneguts?				
8. La satisfacció global de la participació en el programa ha estat positiva				

- Enumeri les coses que li hagin agradat del programa i coses que canviaria:

*Enquesta d'elaboració pròpia*

## 13.10. ANNEX X: QÜESTIONARI D'AVALUACIÓ DEL PROGRAMA PER ALS PROFESSIONALS QUE L'HAN IMPARTIT

### Qüestionari d'avaluació del programa per als professionals

**Professional que l'ha realitzat:**

**1. Quin ambient ha percebut ?**

☐ Participatiu    ☐ Desinterès

Observacions:

**2. Els participants han col·laborat en les sessions?**

☐ Si   ☐ No

**3. En quan a:**

➤ **Recursos:** ☐ Suficients   ☐ Insuficients

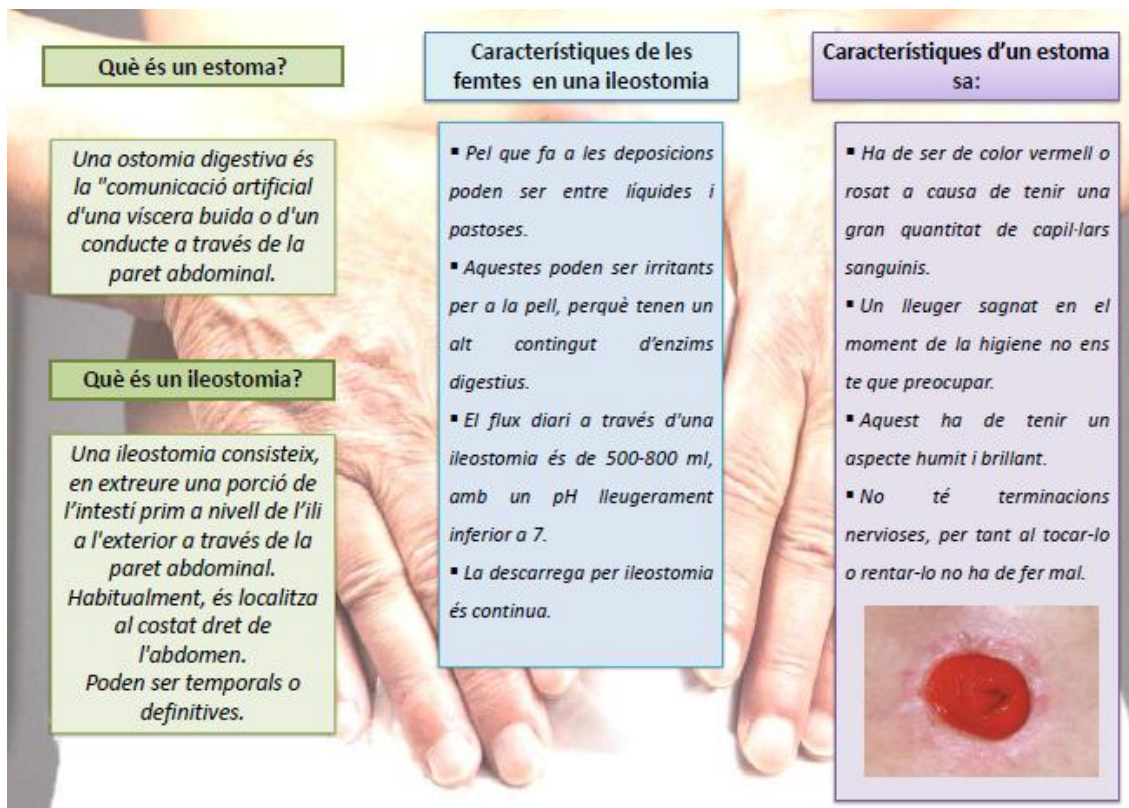
➤ **Temps:** ☐ Suficient   ☐ Insuficient

**4. Problemes que han sorgit al llarg de la sessió:**

**5. Propostes de millora:**

*Enquesta d'elaboració pròpia*

## 13.11. ANNEX XI: TRÍPTIC INFORMATIU ILEOSTOMIA



Tríptics i butlletins informatius d'elaboració pròpia



## 13.12. ANNEX XII: CURA I HIENE DE L'ESTOMA I MANEIG DE DISPOSITIUS RECOL·LECTORS

### CURA I HIGIENE de L'ESTOMA

*L'higiene i cura del estoma forma part del seu dia a dia.*

*Tot i que al principi sembla un procés delicat, amb el temps, la higiene i col·locació de la bossa serà una tasca senzilla i ràpida que formarà part de la seva higiene diària.*

**PER LA CURA I HIGIENE DE L'ESTOMA NECESSITARÀ:**

- ✓ Aigua tèbia
- ✓ Una esponja suau
- ✓ Sabó neutre
- ✓ Tovallola suau o paper de cel·lulosa.

**PASSOS QUE VOSTÈ A DE SEGUIR PER LA CURA I HIGIENE DE L'ESTOMA:**

**1. Retirar la bossa, higiene de l'estoma i de la pell periostomal**

**Recomanacions per a la higiene i cura de l'estoma**

- Utilitzi sabons de pH neutre.
- Vostè es pot duchar-se amb o sense bossa.
- En el cas de duchar-se sense bossa, cal que eviti que l'aigua estigui massa calenta i que la pressió de l'aigua no sigui molt forta.
- Mai utilitzarà el secador amb aire calent per secar l'estoma.
- No es té d'alarmar si l'estoma sagna una mica. Si és així, pot fer una lleugera pressió a la zona amb la esponja fresca.
- No ha d'utilitzar locions, colònies o cremes que no han estat recomanades pels especialistes, ja que poden provocar irritacions i dificultat en l'adhesivitat dels dispositius.



1. Realitzi un rentat de mans



2. Retiri la bossa utilitzada susument de d'alt cap a baix



3. Neteji susument l'estoma amb l'esponja, aigua tèbia i sabó neutre o amb una tovallola humida



4. Assequi la pell del voltant de l'estoma amb paper absorbent, mai amb aire calent.

### MANEIG DELS DISPOSITIUS RECOL·LECTORS

**Col·locació dels dispositius recol·lectors. BOSSA D'UNA PEÇA**



1. Mediu l'estoma. L'orifici de l'adhesiu ha de ser de la mateixa forma que l'estoma.



2. Retalli l'adhesiu de la bossa. En forma d'orifici amb les mesures de l'estoma.



3. Retiri el protector transparent de la làmina. Eviteu tocar en excés l'adhesiu amb els dits.



4. Ajusti l'orifici central de la làmina a la part inferior de l'estoma. Empegar-la de baix cap d'alt



5. Doni calor a la làmina amb les mans. Estirar suaument de la bossa per a comprovar la seva perfecta subjectivitat a la pell.

**Col·locació dels dispositius recol·lectors. BOSSA DE DOS PEÇES**



1. Mediu l'estoma. L'orifici de l'adhesiu ha de ser de la mateixa forma que l'estoma.



2. Retalli l'adhesiu de la bossa. En forma d'orifici amb les mesures de l'estoma.



3. Retiri el protector transparent de la làmina. Eviteu tocar en excés l'adhesiu amb els dits.



4. Ajusti l'orifici central de la làmina a la part inferior de l'estoma. Empegar-la de baix cap d'alt



5. Fixi la bossa a la làmina mitjançant l'anell flotant.



6. Doni calor a la làmina amb les mans. Estirar suaument de la bossa per a comprovar la seva perfecta subjectivitat a la pell.

### 13.13. ANNEX XIII: TIPUS DE DISPOSITIUS RECOL·LECTORS PER ILEOSTOMIES

#### TIPUS DE DISPOSITIUS COL·LECTORS PER ILEOSTOMIES

Per elegir el tipus de dispositiu ideal per al vostre estoma, com a norma general ha de tenir en compte:

- ✓ La mida i forma de l'estoma.
- ✓ La consistència de la femta (sòlides, pastoses o líquides).
- ✓ Les vegades que necessita canviar-se la bossa durant el dia.
- ✓ La forma del seu abdomen.
- ✓ L'habilitat i destresa de les seves mans per poder gestionar el dispositiu.

##### DISPOSITIUS IDEALS PER ILEOSTOMIES



##### BOSSES OBERTES

Disposen d'un sistema de buidatge per la part inferior. Ja que el débit d'una ileostomia està al voltant dels 800 ml/al dia. És útil poder buidar el contingut de la bossa i no canviar el dispositiu complet.

Els dispositius ideals per ileostomies són els dispositius de dos peces:

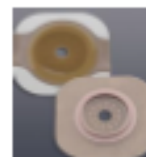
Podem trobar dispositius de una, dos i tres peces:

- Làmina: canvi cada 2-4 dies, si no hi ha fuites.
- Bossa: canvi diari
- Complicacions a la pell



##### Segons el tipus de placa:

- Plana:
  - Estomes normals
  - Retallable o moldejable: estomes recents
  - No retallables: estomes amb grandària definitiva
- Placa convexa:
  - En sistemes d'1 i 2 peces
  - Per estomes enfonsats o alineats amb la pell perieostomal
  - No prolongar el seu ús, poden crear lesions per pressió



Tríptics i butlletins informatius d'elaboració pròpia

### Les bosses poden ser transparents o opaques:

S'aconsella que utilitzi **bosses transparents** després de la cirurgia m'entres sigui convenient vigilar l'aspecte i les característiques de la fenta i ritme intestinal.

Quan tot es normalitza pot utilitzar bosses opaques i beneficiar-nos de la seva discrecionalitat.



### Les bosses poden tenir diferents mesures:

Després de la cirurgia és recomana que utilitzi bosses de mida "maxi" fins que es normalitzi el ritme intestinal; després d'aquest període d'adaptació podrà elegir altres mides més discretes tenint en compte la quantitat de deposicions diàries.



### Sistemes de tancament de les bosses obertes:

Hi ha diferents sistemes de tancament:

- ☐ La pinça: És la forma de tancament clàssica.
- ☐ Tancament integrat: Son sistemes d'obrir/tancar molt fàcils de realitzar.



Pinça després de la  
pinça de tancament

Pinça després de la  
pinça de tancament

## Accessoris per ileostomies



Cinturó per fixar  
la bossa



Filtres bosses d'ostomies



Faixas per a pacients ostomitats



Pinces per bosses obertes



Apòsits per protegir la pell perieostomal



Productes barrera per la pell  
perieostomal (cremes, aerosols....)

*Tríptics i butlletins informatius d'elaboració pròpia*



## 13.14. ANNEX XIV: CONSELLS NUTRICIONALS PER PACIENTS ILEOSTOMITZATS

### CONSELLS NUTRICIONALS PACIENTS ILEOSTOMITZATS

#### ALIMENTS QUE AFAVOREIXEN L'APARICIÓ DE GASOS, S'HAN D'EVITAR:

- Llenties
- Col
- Ceba
- Brocoli
- Coliflor
- Pepino
- Pell de la mansana
- Ous
- Làctics
- Peix
- Begudes alcohòliques
- Refrescs
- Espàrrecs
- Xampinyó



#### ALIMENTS QUE INHIBEIXEN L'OLOR:

- Iogurt
- Formatge fresc
- Cítrics
- Julivert
- Menta



#### PODEM CONSUMIR TOTS ELS ALIMENTS:

- Fruites i verdures
- Peix i aus
- Pasta i arròs
- Làctics



#### ALIMENTS QUE DONEN CONSISTÈNCIA A LES FEMTES:

- Arròs
- Mansana i pera
- Plàtan i Membrillo
- Pasta i Patata
- Pa Blanc
- Crema de cacahuet



#### RECOMANACIONS NUTRICIONALS PER A PACIENTS ILEOSTOMITZATS:

- Vostè ha de mastegar molt bé els aliments.
- En el postoperatori inicial, pot estar augmentat el peristaltisme, i alguns aliments poden aparèixer a la bossa sense digerir. Tranquil·litzeu-vos! Amb el curs del temps és reduirà el trànsit intestinal.
- Les primeres 6-8 setmanes vostè ha de reduir el consum d'aliments que poden provocar obstrucció.

- Ha de consumir aliments que augmentin la consistència de la femta.
- Els aliments amb fibra poden causar bloquejos en l'íli. Per això, vostè els ha de restringir durant les primeres vuit setmanes.
- Vostè ha d'evitar consumir fruites i verdures crues. Les pot consumir cuites, bullides, en puré o suc.
- Vostè ha de veure molts líquids per evitar la deshidratació. Tracti de fer-ho 40 minuts després dels aliments.

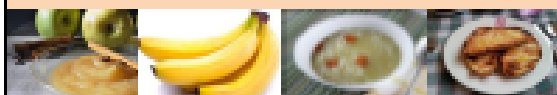
*Tríptics i butlletins informatius d'elaboració pròpia*



# COM PREVENIR I ACTUAR DAVANT LES COMPLICACIONS NUTRICIONALS

## ALIMENTS QUE AFAYOREIXEN EL CONTROL DE LA DIARREA:

- Puré de mansana
- Plàtans
- Arròs bullit
- Suplements de pectina (fibra soluble)
- Pa torrat



## DESHIDRATACIÓ:

### ▪ Simptomatologia:

Mareig, set, sequedat de la boca i la llengua, disminució de la producció d'orina, sensació d'inquietud i nerviosisme.

## ACTUACIONS DAVANT LA DESHIDRATACIÓ:

1. Augmenti l'ingesta de líquids 1-2 L diaris.
2. Augmenti l'ingesta de Sodi i Potassi: plàtans, panses, taronges, soja, entre d'altres

## ALIMENTS QUE DISMINUEIXEN EL RESTRENYIMENT:

- Amanida
- Verdura cuita
- Fruita
- Cereals
- Pa integral
- Suc natural
- Cafè
- Begudes tibides



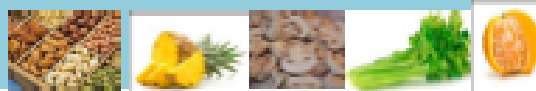
## OBSTRUCCIÓ DE LA ILEOSTOMIA

### ▪ Simptomatologia:

Dolor, distensió abdominal, producció excessives de femtes líquides o nul·la producció, menor producció de gasos o absència d'aquests, nàusees i vòmits i inflamació de l'estoma

## ALIMENTS QUE PODEN PROVOCAR UNA OBSTRUCCIÓ, CAL EVITAR:

- Fruita deshidratada
- Àpid
- Polpa de la taronja
- Xampinyó cru
- Fruits secs
- Pinya crua



### Més informació a:

Brewer B, Sanders LA. Guia De Nutricion Y Dieta. United Ostomy Assoc [Internet]. 2004;4:22.

Oliva Anaya C, Mederos Curbelo ON, Barrera Ortega JC, Da Costa JM. Recomendaciones nutricionales a pacientes ostomizados. 2000;20.

Guía de Cuidado y Manejo de la ostomía. RNAO; 2009.



CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS II



Universitat de Lleida  
Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Tríptics i butlletins informatius d'elaboració pròpia


## 13.15. ANNEX XV: COMPLICACIONS ASSOCIADES A LES OSTOMIES

**Acudir als professionals estomatoterapeutes, professionals del CAP en les següents situacions:**

Contacti amb el seu infermer/a estomatoterapeuta o infermer/a d'Atenció Primària o acudeix al servei d'urgències en els següents casos:

- Si presenta febre de més de 38 °C.
- Absència de femtes durant 4-6h (risc d'obstrucció intestinal).
- Flux diari anormal.
- Sagnat a la bossa excessiu.
- Canvi inusual de la mida i color de l'estoma.
- Irritació excessiva de la pell perieostomal
- Davant de qualsevol de les complicacions presents en aquesta butlleta informativa.

**LES COMPLICACIONS ASSOCIADES A LES OSTOMIES**



### Complicacions de la pell perieostomal i possibles causes

	
<b>Dermatitis química:</b> contacte amb les femtes	<b>Dermatitis per contacte:</b> composició dels dispositius
	
<b>Dermatitis mecànica:</b> manipulació incorrecta dels dispositiu	<b>Ulceració perieostomal:</b> per una cura inadequada
	
<b>Dermatitis Micòtica:</b> fongs o bacteris	<b>Granulomes:</b> reacció al material de sutura

### Complicacions Immediates de les ostomies

		
<b>Edema</b> Inflamació per acumulació de líquid. Això és a causa del propi trauma quirúrgic i sol disminuir en les dues o tres setmanes post-intervenció.	<b>Infecció de l'estoma</b> Es manifesten per dolor a la zona perieostomal, inflamació, supuració i febre. Pot ser conseqüència d'un granuloma de la sutura.	<b>Dehiscència</b> Dehiscència de la unió mucocutània pot ocórrer per una tensió excessiva, perquè l'orifici de la pell és massa gran en relació a l'intestí exterioritzat.
		
<b>Isquèmia o necrosis</b> Les causes més freqüents són la tensió del mesenteri i la desvascularització de la nansa quan es realitza l'estoma.	<b>Retracció de l'estoma</b> Enfonsament de l'estoma per sota del nivell de la pell, per una excessiva tensió de l'intestí.	<b>Hemorràgia</b> Es manifesta per la sortida de sang vermella a l'interior de la bossa.

### Complicacions a Llarg termini de les ostomies


<b>Estenosis:</b> Reducció del diàmetre de la llum de l'estoma, de tal manera que impedeix la sortida de la femta.

<b>Prolapse:</b> Protrusió de l'estoma per sobre de la superfície abdominal.

<b>Hèrnia:</b> L'hèrnia paraestomal és una hèrnia incisional associada al estoma.

Tríptics i butlletins informatius d'elaboració pròpia.